

أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً

إعداد

أحمد جميل يوسف الجواودة

المشرف
الدكتور جلال كايد ضمرة
أستاذ مساعد

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير
في تخصص الإرشاد الأسري

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعة الهاشمية

الزرقاء - الأردن

١٤،آب، ٢٠١٤

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة الموسومة بـ (أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً) بتاريخ 2014/8/14

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور جلال كايد ضمرة، رئيساً أستاذ مساعد، إرشاد نفسي وتربوي الجامعة الهاشمية	....
الدكتورة تغريد موسى العلي، عضواً أستاذ مساعد، إرشاد نفسي وتربوي الجامعة الهاشمية	....
الدكتور ثائر أحمد غباري، عضواً أستاذ مساعد، علم نفس تربوي الجامعة الهاشمية	....
الدكتور نشأت محمود أبو حسونة، عضواً خارجياً أستاذ مشارك، إرشاد نفسي وتربوي جامعة إربد الأهلية	....

الإهداء

إلى الذين لم تفارق صورهم مخيلتي

إلى الذين انغمسوا مع ذاتي طيلة إنجازي لهذا العمل

إلى الذين عاشت أصواتهم في قلبي وأوردتي

إلى الذين كانوا قوىً خفيةً صادقتني خطوةً بخطوة لأكون أقدر على الإنجاز

إلى الذين أقسموا عليَّ أن أبقى وفياً لهم ما حييت

إلى هؤلاء الأعزاء أهدي هذا الإنجاز

إلى والديَّ الكريمين اللَّذين ربياني وأمداني بالعطف والحنان.. وإلى زوجتي الغالية.. ومعلمي وأستاذي الدكتور جلال ضمرة.. وأخوتي وأخواتي الأعزّاء .. وإلى جميع أصدقائي وطلاب العلم في كل زمان ومكان

الشكر والتقدير

أفكارٌ كثيرة تزاحم ذاكرتي، وتقتحم سطوري، تفقد قلمي قدرته على التوازن أمام تياراتها المتعاركة لا لشيء إلا لأنني أعلنت نهاية هذه التجربة التي كانت واقعاً عملياً تناولت فيه مشاهد عديدة لتجارب أشخاصٍ وقفت فيها محللاً ومرشداً وموجهاً.

لم تكن هذه الصفحات القادمة إلا نتائج واقعٍ عمليٍ تناولته بالبحث والتمحيص وربط الجانب النظري بالجانب العملي.

إصراري على أن أكون أحد المميزين الذين تؤرِّخ لهم ذاكرتكم، كان الباعث علي ألا تفرَّ همتي في إنجاز هذا العمل الذي حرصت منذ شروعي به أن يكون خالصاً لله تعالى أولاً وجهداً أحسبه الانطلاقة الأولى في مسيرتي العملية والذي شرفته جهود إشرافكم وتوجيهاتكم والتي كانت نبراساً لإتمام هذا العمل.

ويطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والتقدير إلى من سعدت كثيراً بالعمل معه والتعلم من خبراته واطلاعه الواسع إلى أستاذي ومعلمي الدكتور جلال ضمرة الذي أشرف على رسالتي ومنحني من فكره الرشيد ورأيه السديد وبذل من جهده الكثير، مما كان له أكبر الأثر في إخراج هذا العمل إلى حيز النور.

كما يسعدني ويشرفني أن أقدم شكري وتقديري لأعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وأسأل الله العلي القدير أن يبارك لهم في جهودهم ويحقق لهم ما يطمحون إليه وينفع الناس بعلمهم.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى لجنة المحكمين الذين ساعدوا بآرائهم السديدة على إخراج البرنامج العلاجي وأداة الدراسة في أحسن صورة.

وإلى الذين منحوني فرصة كبيرة لأمتحن معرفتي وأتاحوا لي تطبيق هذا العمل بكل ثقة ورحابة صدر، وكانوا خير أنموذج نحتذيه، أسرة جمعية إسكان جبل طارق بجميع كادرها المميز ومؤسسة مستقبل سوريا الزاهر ومركز التوعية والإرشاد الأسري وأسرة مدارس الجزيرة الثانوية.

ويطيب لي أن أقدم شكري لصديقي العزيز الدكتور أيمن القهوجي الذي لم يتوانى لحظة واحدة عن تقديم العون والمساعدة لي.

أملي أن أكون في سلام دائم مع ذاتي، وأن أكون راضياً عند كل خطوة أقدم عليها في حياتي، هذا الإنجاز الذي أضعه بين أيديكم كان بمثابة الخطوة الأولى في مسيرتي العملية.

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

ملخص

أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً

إعداد

أحمد جميل يوسف الجواودة

المشرف

الدكتور جلال كايد ضمرة

أستاذ مساعد

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من أثر برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسديا من قبل أحد أفراد أسرهم. حيث اشتملت الدراسة على (٢٤) طفلاً من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٢) سنة تم اختيارهم من مركز إسكان جبل طارق في مدينة الزرقاء ومركز مستقبل سوريا الزاهر في مدينة عمان وتم توزيعهم قصدياً بناءً على مكان سكنهم، على مجموعتين تجريبية وأخرى ضابطة تضم كل واحدة منها (١٢) طفلاً.

تم استخدام قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة والمكونة من (٣٠) فقرة موزعة على أربعة أبعاد أساسية وهي (إعادة معايشة الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة والأعراض النفسية الأخرى). وطبق الباحث البرنامج العلاجي بعد تحكيمه والتحقق من مناسبته على مدار (١٣) جلسة علاجية للأطفال وأسرهم، منها (٦) جلسات في برنامج العلاج الجمعي للأطفال فقط، و(٧) جلسات علاجية جمعية تتطلب وجود الطفل مع والده/ والدته أو الشخص القائم على رعايته، مدة كل جلسة من (٦٠-٩٠) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً.

دلت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة في البعد الكلي على قائمة قلق ما بعد الصدمة وعلى جميع الأبعاد الفرعية في القياس البعدي واستمرار الأثر خلال فترة المتابعة ومدتها ثلاثة أشهر.

وقد انتهت الدراسة بتقديم عدد من التوصيات كان من أهمها: استخدام البرنامج العلاجي في المراكز والمؤسسات التي تعنى بإعادة تأهيل الأطفال وأسرهم جرّاء تعرض الأطفال للصدمات

النفسية والحوادث الضاغطة والإساءات بمختلف أشكالها، لتحسين قدراتهم على التعامل مع هذه المواقف بكفاءة عالية. والعمل على الاستفادة من بعض مكونات العلاج أو كلها للتعامل مع مشكلات الأطفال والمراهقين التي لها علاقة بضغوط الحياة اليومية للرفع من مستوى وعيهم وكفاءتهم لمواجهتها. وإجراء المزيد من الدراسات للتعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مع فئات مختلفة من المجتمع الأردني كالشباب الذين مروا بتجارب وخبرات صادمة. وإجراء بحوث للتحقق من أثر العلاج المركز على الصدمة مع وجود الآباء الذين تسببوا بالإساءة للطفل للتحقق من فاعلية ذلك بعد التأكد من استعدادهم ورغبتهم الحقيقية في العلاج. والسعي نحو تطوير برامج علاجية أخرى للتدخل والإرشاد لمنع أو تقليل حدوث الإساءة للأطفال نظراً لافتقار البيئة الأردنية لمثل هذه البرامج المتخصصة.

الكلمات المفتاحية: الأطفال المساء لهم جسدياً، العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، أعراض قلق ما بعد الصدمة.

الفصــل الأول

مشكـــــلة الدراسة وأهميــتها

والدراســــات السابقة

مقدمة الدراسة

تعتبر مرحلة الطفولة مهمة في نمو شخصية الطفل وتوافقه النفسي، فالرعاية التي يتلقاها الطفل في هذه المرحلة من القائمين على رعايته هي بمثابة حجر الأساس في بنائه النفسي، وبقدر ما تكون هذه الرعاية سوية وتشعر الطفل بالعطف والأمان بقدر ما تكون صحته النفسية أفضل.

كما أن هذه المرحلة تعد من أهم المراحل الحياتية وأكثرها تأثيراً في شخصية الفرد وفي تكوين خصائصه العقلية والاجتماعية والنفسية، وذلك من خلال ما يكتسبه الفرد من خبرات وما يتعرض له من مؤثرات مختلفة، الأمر الذي يحتم على الوالدين والقائمين على رعاية الطفل الاهتمام بجميع الجوانب والمؤثرات الاجتماعية النفسية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من حياته (العبد الغفور وإبراهيم، ١٩٩٨).

وتتعدد الأساليب التي يستخدمها الأهل للتعامل مع الطفل، فمنها ما يعتبر سوياً ومنها يعد غير سوي، وذلك حسب تأثيره في نمو الطفل نفسياً وجسدياً، حيث يمكن للوالدين أو القائمين على رعاية الطفل استخدام أساليب مختلفة في الرعاية أو التنشئة تتراوح ما بين منح الحب والاهتمام إلى الإهمال أو القسوة وإنزال العقاب على صورة عقاب بدني كالضرب، أو نفسي كالتحقير والازدراء والتقليل من القيمة، مما يقود إلى حدوث ضرر جسدي أو نفسي على الطفل يصنف تحت مسمى الإساءة للطفل (Child Abuse) (إسماعيل، ٢٠٠١).

لقد كان الاهتمام بظاهرة الإساءة للطفل مقتصراً بداية الأمر على الجانب الطبي ثم بدأ الاهتمام بها فيما بعد من جهة المنظمات الإنسانية، وإن كان هناك اختلاف حول بعض القضايا كالشخص الذي يقوم بالتبليغ عن الحالات، ومن هي الجهة التي يجب أن يتم تبليغها، وما هو نوع الإساءة التي يجب التبليغ عنها، فقد برز تنامي النموذج الطبي لحالات الإساءة للطفل لدرجة أن

الإساءة في أمريكا وصفت على أنها وباء، وهذا التأكيد يميل إلى تجاهل الضغوط البيئية والاجتماعية على أنها عوامل لها علاقة في حدوث الإساءة إلى أن ظهر التأييد من العاملين في القطاع الطبي لدمج وجهات النظر بين الجانبين وإدراك أن الإساءة للطفل وإهماله تعد مشكلة سلوكية تتأثر بشخصية الوالدين وشخصية الطفل والبيئة الاجتماعية (المجلس الوطني لشؤون الأسرة، ٢٠١٠). وبدأ استخدام مفهوم الإساءة للطفل وتوسع ليشمل كافة أشكال الإساءة التي يتعرض لها الطفل من الإساءة الجسدية، والجنسية، وسوء التغذية، والإهمال في العلاج والتعليم، والإيذاء العقلي، وسوء معاملة الطفل الذي لم يتعد الثامنة عشرة من عمره من جانب شخص مسؤول عن رعايته (حلمي، ١٩٩٩).

ويمكن أن تترك الإساءة بأشكالها المختلفة آثاراً سلبية على الأطفال قد تستمر مدى الحياة، إذ قد تؤثر خبرات الإساءة على كامل الأداء الوظيفي للطفل وعلى الاتجاهات والكفاءة الاجتماعية والأداء المدرسي والعلاقات المستقبلية في مراحل المراهقة والرشد إضافة إلى تناقل ممارسات الإساءة عبر الأجيال، ويمكن أن ينتج عن ذلك ضعفا في العلاقات الأسرية والإصابات المختلفة وضعف الثقة بالنفس، مما يؤثر على مفهومه لذاته، وتحصيله الدراسي، وانخفاض دافع الإنجاز لديه، حيث يخشى الفشل والتأنيب وكذلك يشعر بالإحباط ويثير عدوانيته نحو الآخرين، إضافة إلى شعوره بالقلق الدائم، والتوتر النفسي، والشعور بالذنب، والخوف من العقاب، أو الخوف من تكرار الإساءة، مما يدفعه لمشكلات أخرى كالكذب، أو تعاطي المخدرات، أو أنماط سلوكية أخرى غير سوية (الضمور، ٢٠١١).

وعلى الرغم مما تتسبب به الإساءة من أضرار تنعكس على كل جوانب حياة الطفل إلا أن واقع الممارسات الوالدية في تربية أبنائهم ما تزال تلحق الأذى بهؤلاء الأطفال، وهذا الأمر يتعارض مع البنود الأساسية لاتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩ (Child Rights Convention- CRC

1989) والتي نصت على ضرورة اتخاذ جميع الإجراءات والتدابير للحيلولة دون تعرض الطفل للإساءة بجميع أنواعها في جميع المواقف التي يحيى فيها، وعلى الرغم من ذلك، إلا أن الأمر لا يخلو من وجود حالات الإساءة للأطفال (الأمم المتحدة، ١٩٨٩).

وعلى الصعيد المحلي نجد التزام المملكة الأردنية الهاشمية بحماية حقوق الطفل بالنص في الفقرة الرابعة من المادة السادسة من الدستور والتي نصت على: رعاية الدولة للطفولة وحمايتها (المركز الوطني لحقوق الإنسان، ٢٠١٣).

وشهد عام (٢٠٠٩) جملة من الإجراءات التي أسهمت في بلورة حماية قانونية ووقائية للأطفال في الأردن ومنها: (أ) إعداد مسودة نظام الحماية من العنف الأسري بمبادرة من وزارة التنمية الاجتماعية ومشاركة كل من المركز الوطني لحقوق الإنسان والمجلس الوطني لشؤون الأسرة، وذلك لغايات إصدار أحكام تنظيمية لتنفيذ قانون الحماية من العنف الأسري رقم (٦) لسنة (٢٠٠٨) حيث يعد الأطفال أحد الفئات التي يجب حمايتها ضمن هذا القانون، (ب) إقرار مجلس الوزراء نظاماً معدلاً لنظام الخدمة المدنية لسنة (٢٠٠٩) يهدف لتشديد العقوبات التأديبية بحق من يتسبب بإيقاع عقاب بدني بأي صورة من الصور على أي من الأطفال الذين يتواجدون في المؤسسات الحكومية بما في ذلك التعليمية أو التأهيلية أو التدريبية أو دور الرعاية والحماية، وذلك لتفادي العنف في التعامل مع الأطفال، (ج) تولى المجلس الوطني لشؤون الأسرة مهمة مراقبة الجهود المبذولة من قبل الوزارات والمؤسسات والجهات التي لها علاقة بحماية الأسرة والطفل، وإنشاء فريق معني بتقصي حالات وفيات الأطفال ومتابعتها من الجهات ذات العلاقة مثل إدارة حماية الأسرة/ مديرية الأمن العام أو أي جهة أخرى لغايات رفع سقف الوقاية، (د) استحدثت وزارة التربية والتعليم في كانون الثاني (٢٠٠٩) قسم الحماية من الإساءة بهدف وقف الإساءة من قبل

العاملين في حقل التعليم، وتضمين مفاهيم حماية الطفل من الإساءة في مناهج الصفوف الثلاثة الأولى، وكذلك إدماجها في مناهج رياض الأطفال (المركز الوطني لحقوق الإنسان، ٢٠١٠).

وتتم عادة مساعدة الأطفال المساء إليهم من خلال برامج الإرشاد النفسي التي تعتمد على نظريات الإرشاد المختلفة، والتي تهدف إلى مساعدتهم لإعادة تأهيلهم، وتقديم تدخلات علاجية مناسبة لهم من أجل التخفيف من الآثار السلبية للإساءة بأشكالها المختلفة، وتساعد العاملين في الإرشاد أو القائمين على رعاية هؤلاء الأطفال بتقديم التدخل أو الإرشاد وفق أسس علمية، فقد ذكر ريمر وبريجر (Rimer & Prager, 1998) أنه على المرشد أو الشخص القائم على رعاية الطفل المساء إليه أن يساعده من خلال برامج إرشاد تتضمن تطوير مهارات متعددة مثل: تطوير مفهوم ذات إيجابي، وبناء الثقة بالذات وبالآخرين، والسماح له بالتعبير عن انفعالاته ومشاعره، والسماح له بالتواصل مع الآخرين، وتعليمه كيفية تحديد الموقف المشكل، والبحث عن الحل من خلال بدائل وخيارات، فهذه البرامج الإرشادية العلاجية تؤدي إلى تحسين تكيفه وتوافقه النفسي ومفهوم الذات لديه (أبو عيطة وأحمد، ٢٠٠٥).

وتعد مشكلة الإساءة للأطفال من المشكلات العالمية التي تؤدي إلى عواقب وخيمة تدوم مدى الحياة، ولا توجد أيّة تقديرات عالمية موثوقة عن مدى انتشار تلك الظاهرة. فليس هناك بيانات دقيقة بخصوص العديد من البلدان، لاسيما البلدان من العالم الثالث، كما أنّ الإساءة للأطفال من المسائل المعقدة التي تصعب دراستها، فهناك تباين واسع بين التقديرات الراهنة وذلك حسب البلد وأسلوب البحث المستخدم (World Health Organization [WHO], 2010).

ويظهر لنا التقرير السنوي التاسع للمركز الوطني لحقوق الإنسان وبحسب الأرقام الصادرة عن وزارة التنمية الاجتماعية لعام (٢٠١٢) أن متوسط حالات الإساءة للأطفال التي تم تسجيلها في مكاتب الخدمة الاجتماعية في إدارة حماية الأسرة وأقسامها بلغ (١٨٥٠) حالة، إلا أن هذا الرقم

لا يعكس واقع الحال، خصوصاً أن غالبية حالات العنف ضد الأطفال لا يتم التبليغ عنها، إذ تتم خلف أبواب موصدة، وقد عزا تقرير منظمة إنقاذ الطفل لعام (٢٠١١) عدم التبليغ عن حالات الإساءة إلى المحرمات الاجتماعية والخوف من المجتمع، وأوضح التقرير أنه وعلى الرغم من تجريم قانون العقوبات للعنف ضد الأطفال واتخاذ العديد من الخطوات في هذا الصدد إلا أن الأطفال ما يزالون ضحايا للعنف والإساءة، وبحسب أرقام وزارة التنمية الاجتماعية فإنه منذ العام (٢٠٠٨) ولغاية عام (٢٠١٢) بلغ حالات الإساءة للأطفال المبلغ عنها (٢٨) ألف حالة، كما تشير الأرقام الصادرة عن إدارة حماية الأسرة إلى أن مجموع الأطفال الذين كانوا ضحايا للإساءة بمختلف أشكالها، والتي تعاملت معها إدارة حماية الأسرة في الأعوام (٢٠١٠-٢٠١٢) (٢٣٢٨) حالة، منها (٤٨٨) حالة إساءة جسدية للأطفال (المركز الوطني لحقوق الإنسان، ٢٠١٣).

ويمكن للعديد من العوامل أن تزيد من احتمالية وقوع الإساءة على الأطفال كوجود ظروف اقتصادية صعبة بسبب البطالة والفقر، مما يتسبب بالخلافات الزوجية والأسرية وينعكس سلباً على طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة، ويقلل من وجود علاقات دافئة ومترابطة فيما بينهم، ويدفع الأهل لاستخدام العنف في تعاملهم مع الأطفال بشكل مستمر (حسين، ٢٠٠٨).

وتبقى الأسباب الخاصة بضعف مهارات الأهل وعدم امتلاكهم للمهارات الأساسية في التربية والتنشئة الاجتماعية للطفل من أهم الأسباب المؤدية إلى الإساءة للطفل حيث أشار هندري (Hendry, 1998) إلى أثر نقص مهارات الأهل للتعامل الفعال مع مشكلات الطفل السلوكية في ظهور مشكلات الإساءة للطفل في الكثير من الأسر.

ويشير مانارينو وكوهين (Mannarino & Cohen, 1996) إلى وجود بعض العوامل التي يمكنها أن تتسبب في زيادة الآثار النفسية السلبية على الطفل بعد تعرضه للإساءة كشعوره بالمسؤولية عن حادثة الإساءة وشعوره بأنه يختلف عن أقرانه والشعور بأن الآخرين لا يصدقونه.

وقد لا يظهر بعض الأطفال المساء لهم الأعراض النفسية الأساسية عند تقييمهم بوقت قصير من وقوع الإساءة. ويشير تقرير وزارة العدل الأمريكية (U.S. Department of Justice, 1997) إلى أن الإساءة للطفل قد تتسبب في (٢٥%) على الأقل من احتمالية تعرضه لمشاكل كالجنوح وانخفاض تحصيله الدراسي وتعاطي المخدرات ومشاكل الصحة النفسية.

وتختلف ردود الفعل من فرد لآخر عند تعرضه لنفس الخبرة الصادمة، وذلك تبعاً للفروق الفردية التي يمتلكها الأفراد، والتي تكون إما موروثة أو مكتسبة، فهناك من هم قادرون على أن يؤدوا أدوارهم ويتوافقوا مع ظروف حالة الإساءة التي تعرضوا لها ومنهم من يظهر الفشل في تكيفه مع هذه الأحداث (أبو عيشة وعبدالله، ٢٠١٢).

وتعد الأحداث الصادمة (Traumatic Events) أحداثا خطيرة ومربكة ومفاجئة، وتتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، ويمكن لهذه الأحداث أن تحدث إصابة، أو وفاة، أو فقدان السلامة الجسدية، أو تقرر مصير الشخص، أو الأشخاص الآخرين، وهي غالباً ما تحمل معها مشاعر الرعب والإرهاب أو العجز، فبعض الأطفال يعيشون مع الصدمات النفسية المزمنة وليس لديهم فرص للشفاء، وقد يظهر الأطفال الكثير من ردود الأفعال تجاه الصدمات وتتطور لديهم مخاوف جديدة، وحالات من القلق واضطرابات النوم، وفقدان الاهتمام بالأنشطة الاعتيادية، وحالات من الذهول وانخفاض التركيز، وتراجع في الأداء المدرسي، وحالات الغضب والهيجان، والشكاوى الجسدية، وتجنب الأشخاص الآخرين، فهذه الخبرات المؤلمة تعمل على تحطيم وتغيير الحياة وتؤثر على جميع مستويات الأداء للطفل الجسدية، والانفعالية، والأكاديمية، والعلاقات، وتتميز بشدتها وصعوبة توقع حدوثها مقارنة بالأحداث العادية، وتتدرج الصدمة عموماً في فئتين: الصدمة الحادة (Acute Traumatic Stress) والتي تحتوي على خبرة صادمة لمرة واحدة كالكوارث الطبيعية، أو الصدمة المعقدة (Complex Trauma) والتي تشتمل على أحداث مؤلمة متعددة

كحالات الإساءة الجسدية، والجنسية، والإهمال، والاعتداء (Bassuk, Konnath, & Volk, 2006).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

على الرغم من توفر كم كبير من الدراسات التي تناولت موضوع الإساءة للأطفال، إلا أن هناك افتقار واضح للدراسات التي تناولت توظيف البرامج الإرشادية العلاجية لتقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة، والذي قد ينتج عن الإساءة الجسدية للأطفال، حيث تناولت معظم الدراسات العربية خصائص الأطفال المساء لهم، أو خصائص البيئة الأسرية، أو نسب انتشار الإساءة، وقلة الدراسات التي تطرقت لتوظيف البرامج المتخصصة للحد من انتشار هذه الظاهرة، وتوعية الأهل بمخاطرها.

كذلك يلاحظ ندرة الدراسات العربية التي تناولت توظيف العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة كأحد العلاجات الحديثة التي تتعامل مع حالات الإساءة للأطفال، حيث أن انتشار حالات الإساءة للأطفال والزيادة الطردية في أعدادها ربما يكون مؤشراً على قلة البرامج العلاجية التي تخصص للتعامل مع هذه الحالات، والافتقار للبرامج العلاجية التي تشتمل على المهارات الوالدية، مما يدفع الأهل لاستخدام أساليب غير صحيّة في التعامل مع مشكلات أطفالهم.

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في التصدي لبعض الآثار النفسية المرضية الشائعة لدى الأطفال المتعرضين للإساءة الجسدية من خلال محاولتها استقصاء أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy- TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أحد أفراد أسرهم. حيث تؤكد نتائج بعض الدراسات التي أجريت على الأطفال المساء لهم كدراسة

رونيون ودبلنجر وستير (Runyon, Deblinger, & Steer, 2010) على احتمالية تسبب الإساءة الجسدية بالكثير من الأعراض النفسية السلبية إذا ما تم إهمال تقديم العلاج المناسب لهم.

ومن هنا فإن الدراسة الحالية تهدف إلى استقصاء أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً من قبل أحد أفراد أسرهم. وبالتحديد ستحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة؟

٢. هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية ما بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة ومدتها (٣) أشهر؟

أهمية الدراسة ومبرراتها:

تزداد أهمية الدراسة في كونها تستهدف متغيراً يعد من أهم المتغيرات المميزة للطفل المساء له، حيث تعد عملية علاج أعراض قلق ما بعد الصدمة للطفل المساء له والمسببة بفعل التعرض للإساءة من أهم المتغيرات المستهدفة عند تقديم الخدمات الإرشادية والتأهيلية لهذه الفئة.

وقد أشار التقرير الصادر عن إدارة حماية الأسرة الوارد في دراسة (عكروش والفرح، ٢٠٠٧) إلى أن عدد حالات الإساءة المكتشفة والمبلغ عنها خلال الأعوام (١٩٩٨– ٢٠٠٥) بلغت حوالي (٧٠٤٥) حالة إساءة موزعة بين مختلف أنواع الإساءات الجسدية، والجنسية، والعاطفية، والإهمال، وتزداد هذه النسب طردياً كل عام، وتعتبر دليلا على ازدياد حجم الإساءة. وإن المشكلة مرشحة للازدياد مما يبرر إلى الحاجة إلى إجراء العديد من الدارسات العلمية المتعلقة بأثر البرامج العلاجية

والإرشادية المختلفة في التقليل من الأعراض النفسية المرضية وتحسين مستويات التكيف النفسي للأطفال المساء لهم.

ومن خلال متابعة البرامج العلاجية المطبقة والموظفة للتعامل مع الآثار النفسية للأطفال المساء لهم في العديد من المؤسسات والمراكز نجد غياباً واضحاً لتوظيف البرامج العلاجية الهادفة إلى تدريب الأهل على اكتساب مهارات التربية الوالدية ورفع الوعي لديهم نحو قضايا الإساءة للطفل، بالإضافة إلى غياب البرامج التشاركية العلاجية والتي تدمج ما بين الطفل والأهل في العلاج، وحسبما أشارت نتائج دراسة (Runyon, Deblinger, & Steer, 2010) فإن مشاركة الآباء مع أبنائهم في البرنامج العلاجي يمكن أن يؤدي لتحسن أكبر في مهارات الرعاية الوالدية الإيجابية وتغيير تصوراتهم السلبية عن سلوكيات أطفالهم وبالتالي يزيد من مشاركتهم في المزيد من طرق الرعاية الوالدية الإيجابية.

وبينت نتائج دراسة (عكروش والفرح، ٢٠٠٧) والتي هدفت إلى تحليل الدراسات الأردنية في مجال الإساءة للطفل في الفترة ما بين (١٩٨٨- ٢٠٠٧) إلى أن نصف الدراسات ركزت على خصائص الطفل المساء إليه في حين (٢٨%) منها ركزت على خصائص البيئة الأسرية للطفل المساء إليه وحوالي (١٤%) فقط استخدمت برامج للتدخل والإرشاد لمنع أو تقليل حدوث الإساءة للأطفال مما يبرر إجراء الدراسات والأبحاث لاختبار أثر البرامج الإرشادية المختصة الموجهة للتعامل مع الآثار النفسية السلبية التي تخلفها الإساءة على الطفل. ومن هنا نرى بأن الطرق والبرامج يجب أن تكون موجهة للأسرة والطفل بشكل خاص وذلك للتوعية بموضوع الإساءة للطفل وعلى كيفية التفاهم والاحترام المتبادل وكسب ثقة بعضهم بعضا، والتثقيف والتربية الصالحة للأبناء ومراقبة سلوكهم.

وبالتالي تحاول الدراسة الحالية توظيف أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة بما يحتويه من أنشطة وفعاليات، وخاصة تلك المرتبطة بدمج الأهل في العملية العلاجية واستقصاء أثره، ما قد يساعد في الحصول على نتائج إيجابية بوقت قصير نسبياً، مقارنة مع غيره من الأساليب العلاجية، كالعلاج باللعب، أو العلاج بتقليل الحساسية من خلال حركة العيون، أو العلاج المعرفي السلوكي، الأمر الذي يمكن أن يساعد الأطفال المساء لهم جسدياً ولأسرهم في الوصول إلى الآثار العلاجية بوقت قصير نسبياً.

وعلى الرغم من استخدام العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) والتحقق من فعاليته مع الأطفال المساء لهم في العديد من المجتمعات الغربية، إلا أنه من الضروري التحقق من فعالية العلاج في بيئتنا العربية والأردنية تحديداً نظراً لخصوصية هذه البيئة واختلافها كلياً عن طبيعة المجتمعات الغربية التي اختبر فيها أثر هذا العلاج، وفي ظل وجود العديد من التحديات والمعيقات، وخاصة فيما يتعلق بالجوانب الثقافية والدينية والاجتماعية، والتي من أبرزها توجه البرامج العلاجية التي تستهدف علاج الآثار السلبية للأطفال المساء لهم إلى التطرق لموضوعات أسرية حساسة ضمن الثقافة الأردنية مما انعكس على التكتم على تلك الحالات وغياب التبليغ، كما أن مجال الإرشاد الأسري يعد حديثاً وغير مألوف في هذه البيئة والناس غير معتادين عليه، مما قد يشكل عائقاً نظراً لأهمية اشتراك الأطفال مع أسرهم ضمن فعاليات العلاج المركز على الصدمة، ويندرج تحت ذلك فكرة وجود مؤسسات تقدم خدمات الإرشاد الأسري.

كما أن العديد من البرامج السابقة التي توجهت لعلاج الأطفال المساء لهم كالعلاج الدينامي والعلاج باللعب والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج من خلال تقليل الحساسية بحركة العيون (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- EMDR) لم تشترط

انخراط الأهل كجزء من العلاج، إلا أنَّ وجود الطفل مع أسرته في جلسة مشتركة يعد جزءاً أساسياً لا غنى عنه كأحد عناصر العلاج المركز على الصدمة، وهذا الأمر يشكل تحدياً آخر من الناحية الثقافية، فالكثير من الأسر الأردنية ترى أنَّ في هذا الأمر عيباً كبيراً أو انتقاصاً من كرامتهم، كونهم قد أساءوا لهذا الطفل وهم الآن يشكلون جزءاً مهماً من العلاج أو أنهم ربما لن يأخذوا هذا الأمر على محمل الجد.

ونضيف إلى ذلك أن الثقافة الأردنية لا تعطي الطفل حرية مطلقة ليعبر عن رأيه كما يريد، وخاصة إذا كانت الجلسة مشتركة مع الأهل فقد يسبب حديث الطفل عن معلومة معينة أو تعبيره عما يشعر به بتعرضه للإيذاء أو التوبيخ، وقد يتسبب في امتناع أسرته عن متابعة العلاج، كما أن طبيعة الترابط الأسري وانتماء الطفل لأسرته وعدم تخليه عن العيش معها لمدة زمنية تتعدى مرحلة الطفولة قد يكون عاملاً مساعداً في امتناعه عن الحديث بحرية والتعبير عن مشاعره تجاه الأب المسيء.

وبشكل عام فبيئتنا العربية تفتقر لهذه البرامج العلاجية، وعلى الرغم من وجود الكثير من الدراسات التي تناولت موضوع الإساءة للطفل إلا أن زيادة حالات الإساءة والآثار المترتبة عليها تستدعي حاجة لإجراء المزيد من الدراسات التي تهدف إلى استقصاء أثر البرامج العلاجية وخاصة العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج الأسري للتعامل مع الآثار النفسية السلبية للأطفال المساء لهم جسدياً. وإذا ما أظهرت النتائج فعالية البرنامج فيمكن استخدامه من قبل المرشدين والأخصائيين العاملين في مراكز تقديم الخدمات النفسية ومراكز حماية الطفل.

وبالنظر لهذه الاعتبارات نجد أنه كان من المهم والضروري العمل على التحقق من أثر هذا العلاج في البيئة الأردنية وإيلائه أهمية كبيرة.

التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

الإساءة الجسدية للطفل (Physical Child Abuse): نمط سلوكي يمارسه الأهل ينتج عنه إلحاق ضرر جسدي فعلي أو محتمل للطفل خلال وجود التفاعل أو عدمه وجوده، وأثناء وجود والده/ والدته أو شخص آخر موضع مسؤولية أو ثقة أو سلطة عليه، وقد تكون حادثة فردية أو مكررة (WHO, 1999, P. 15).

العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT): هو أسلوب علاجي يهدف إلى مساعدة الأطفال والمراهقين والقائمين على رعايتهم للتغلب على الصدمات والحد من ردود الفعل الانفعالية والسلوكية السلبية، وردود الفعل التالية للإساءة الجنسية والجسدية، بحيث يتم تشجيع الأطفال للحديث عن تجربتهم المؤلمة في بيئة آمنة وداعمة، ويتكون العلاج من عناصر عدة، هي: التعليم والتثقيف النفسي، والتدريب على المهارات الوالدية، والتدريب على مهارة الاسترخاء، وإدارة الضغوط، والتعبير الانفعالي، والتشكيل والتوافق المعرفي، والمعالجة وسرد حالة الإساءة، والتعرض بالواقع، وإحياء العلاقة بين الطفل ووالديه، وتسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Child Welfare Information Gateway [CWIG], 2007, p. 2)

أعراض قلق ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder- PTSD) :
"مجموعة من الأعراض النفسية الناجمة عن التعرض لحادث صادم، وتشتمل على شعور الفرد بمعايشة الخبرة الصدمية، وتجنب كل الأحداث والمثيرات المرتبطة بها، والإثارة الانفعالية المرتفعة والمبالغ بها (American psychiatric Association [APA], 2000, P.463).
وتعرف أعراض قلق ما بعد الصدمة إجرائياً بأنها درجة الطفل على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال والتي طورها أحمد وساندبلاين ولستين وصوفي وقهار وفون نورينغ (Ahmad,

Sundeline- Wahlsten, Sofi, Qahar, & Von Knorring, 2000) والتي تتراوح درجاتها ما بين (٠–٣٠) درجة.

حدود ومحددات الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة في ضوء عدة متغيرات:

–خصائص أفراد الدراسة ونوع الإساءة: الأطفال من الذكور فقط تتراوح أعمارهم ما بين (١٠–١٢) سنة تعرضوا للإساءة الجسدية.

– المحدد الزماني: تم تنفيذ الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول والثاني من العام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٤.

– أدوات الدراسة: قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (Post-traumatic Stress Symptoms in Children- PTSS-C) والمطورة من قبل أحمد وزملاؤه (Ahmad, 2000) وخصائصها السيكومترية وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وما يتضمنه من أساليب علاجية وفعاليات وأنشطة.

متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

المتغير المستقل: المعالجة والمتمثلة في البرنامج العلاجي وفقاً لأسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) وله مستويين: (التعرض للبرنامج، وغياب التعرض للبرنامج).

المتغير التابع: مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المشاركين في الدراسة والمتمثلة بالدرجة الكلية لقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال ودرجاتها الفرعية.

الدراسات السابقة:

في هذا الفصل تم تقسيم الدراسات السابقة التي بحثت موضوع الإساءة للأطفال إلى فئتين من ناحية العلاج المستخدم وهما: الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) مع الأطفال المساء إليهم، والدراسات التي تناولت البرامج العلاجية المختلفة التي استخدمت مع الإساءة للأطفال واختبار فعاليتها في التخفيف من الأعراض التي تلت هذه الإساءة ومن هذه الدراسات:

أولا: الدراسات التي تناولت العلاج المركز على الصدمة مع الأطفال المساء إليهم:

سعت دراسة ضمرة ونصار وغباري (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) لتحقيق هدفين أساسين أولهما اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) والتحقق من إمكانية تطبيقه في مختلف الثقافات حسب ما طبق من قبل المرشدين النفسيين العاملين في منظمات حماية الطفل والمدارس الأردنية مع مجموعة من الأطفال المساء لهم جسدياً، والهدف الثاني هو التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى مجموعة من الأطفال الذين يعانون من خبرة الإساءة. شارك في الدراسة عشرة خبراء لتحكيم البرنامج وأربع مرشدين لتطبيق البرنامج العلاجي على (١٨) طفلاً من الذكور، محولين من منظمات المجتمع المحلي ومراكز حماية الطفل من الإساءة، ممن تعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أحد والديهم، وتظهر عليهم أعراض قلق ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب، لمدة خمسة أسابيع على الأقل قبل تلقيهم أي علاج، تراوحت أعمار الأطفال ما بين (١٠–١٢) سنة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين تجريبية وضابطة تتكون كل منها من (٩) أطفال مع أولياء أمورهم، تلقت المجموعة التجريبية عشر جلسات من العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة يليها جلسات إشراف منفصلة

للمرشدين، مدة كل منها (٣٠) دقيقة. استخدمت قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (PTSS-C) وقائمة الاكتئاب للأطفال (Children Depression Inventory- CDI) لتقييم متغيرات الدراسة السابقة والمتمثلة في أعراض قلق ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة فعالية وسرعة العلاج المركز على الصدمة في الحد من أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب مع إمكانية استخدامه في البيئة الأردنية، كما أظهرت النتائج أن معظم مكونات العلاج لاقت القبول والتقييم الإيجابي من قبل الأطفال والآباء، إلا أن هناك تفاوتاً لدى المرشدين في درجة إتقان واستخدام مكونات العلاج المختلفة، كما أظهرت النتائج تحسينات على أداء الأطفال على جميع المقاييس مع استمرارية أثر العلاج لأربعة أشهر من المتابعة، كما أن نتائج الدراسة دعمت تقارير أخرى عن آثار العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مع الأطفال المساء لهم ولديهم أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب، وأشارت الدراسة إلى وجود نتائج إيجابية ومفيدة نتيجة لإشراك الأب/ الأم غير المسيء في التدخل العلاجي.

كما هدفت دراسة (ضمرة وأبو عيطة، ٢٠١٤) إلى مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب. اشتملت الدراسة على (٤٨) طفلاً سورياً تراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٢) سنة، تم اختيارهم من مؤسسة رعاية الطفل في المفرق، وجمعية إعادة التأهيل النفسي للأطفال الأحداث في الزرقاء، وتم توزيعهم قصدياً على (٤) مجموعات (مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة والمجموعة الضابطة). تم استخدام قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (PTSS-C) لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة والمكونة من (٣٠) فقرة موزعة على (٤) أبعاد أساسية (إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة والأعراض النفسية الأخرى). دلت نتائج الدراسة

على فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة مقارنة بالمجموعة الضابطة، في حين أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي التكاملي (العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج الموسيقي، ولم تظهر النتائج فروق ذات دلالة ما بين المجموعات في بعد الاعراض النفسية الأخرى.

وفي دراسة أخرى قام بها كلاً من (ضمرة ونصار، ٢٠١٣) وهدفت إلى التعرف على أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب. ضمت الدراسة (٣٠) طفلاً عراقيا ممن قدموا للأردن خلال الفترة الواقعة ما بين (١١\٦\٢٠٠٩–١١\٦\٢٠١٠)، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. تم استخدام قائمة الاكتئاب للأطفال والمعدة من قبل كوفاكس بعد تعريبها واستخراج دلالات صدق وثبات جديدة لها. تكون البرنامج العلاجي من (١٢) جلسة علاجية تتناول التثقيف النفسي بالصدمة النفسية، وردود الفعل نحوها، وممارسة مهارات معرفية تكيفية، وإعادة الامن للطفل، وتقوية العلاقة مع الأهل. طبقت الجلسات بواقع جلستين أسبوعياً. دلت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات أعراض الاكتئاب في جميع الأبعاد في القياس البعدي واستمرار الأثر في المتابعة.

حاولت دبلنجر وماناربنو وكوهين ورونيون وستير (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011) التعرف على فاعلية العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المساء لهم جنسياً، وعددهم (٢١٠) أطفال من مدينتي ستراتفورد في ولاية نيوجيرسي ومدينة بيتسبرغ في ولاية بنسلفانيا في الولايات

المتحدة الأمريكية، وتراوحت أعمارهم ما بين (٤-١١) سنة. حيث أظهر الأطفال أفراد الدراسة ما لا يقل عن خمس أعراض لقلق ما بعد الصدمة بما فيها التجنب (Avoidance) وإعادة معايشة الحدث الصادم (Re-Experiencing) وحالة التيقظ والإثارة (Hyper Arousal)، استخدمت الدراسة عدداً من المقاييس منها: قائمة كيدي للاضطرابات الانفعالية والفصامية- نسخة المرحلة العمرية (Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime- K-SADS-PL) والتي تستخدم بشكل مستقل للآباء وللأطفال لتقييم وجود أعراض قلق ما بعد الصدمة وقائمة الاكتئاب للأطفال (CDI) لتقييم أعراض الاكتئاب لدى الأطفال عينة الدراسة ومقياس القلق متعدد الأبعاد للأطفال (Multidimensional Anxiety Scale for Children- MASC) لتقييم مستوى القلق عند الأطفال وقائمة الشعور بالخزي (Shame Questionnaire) لتقييم مشاعر الطفل نحو تعرضه للإساءة. دلت نتائج الدراسة على فعالية أسلوب (TF-CBT) في تعزيز مجموعة كبيرة من السلوكيات والانفعالات والمهارات الوالدية ومهارات السلامة الشخصية للأطفال، وخفض مستويات الخوف والقلق المرتبط بالإساءة وأعراض قلق ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب.

وحاولت هارتمان (Hartman, 2011) التعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض الأعراض النفسية المرتبطة بالإساءة الجنسية لدى (١٤) طفلة تعرضن للإساءة الجنسية، وكان متوسط أعمارهن (١٠,٧) سنة، تم استهداف الأطفال والآباء غير المسيئين والمرافقين لهن خلال إقامتهن في مركز دعم الأطفال في مستشفى مونتيفيوري في نيويورك وتم تدريب المعالجين للتعامل مع الأطفال وآبائهن وتطبيق العلاج في جلسات أسبوعية في المستشفى حيث استخدم عدد من المقاييس منها قائمة سلوك الأطفال (Child Behavior Checklist- CBCL) لتقييم مشاكل الأطفال السلوكية ومقياس أعراض الصدمة للأطفال (Trauma

Symptom Checklist for Children- TSCC) لتقييم مستوى أعراض ما بعد لصدمة ومقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI) لتقييم أعراض الاكتئاب لديهم. أشارت النتائج إلى فعالية العلاج المركز على الصدمة في خفض الأعراض الاكتئابية والأعراض المرتبطة بالصدمة، إضافة إلى تقليل المشكلات السلوكية للأطفال، كما أظهرت النتائج تحسناً كبيراً بعد مرحلة العلاج عموماً على الرغم من صغر حجم العينة مع استمرارية التحسن من الاكتئاب وأعراض قلق ما بعد الصدمة. كما أوصت نتائج الدراسة بضرورة اشتمال العلاج على الآباء والأمهات الذين تسببوا بالإساءة.

هدفت دراسة شيرنغا وويمز وكوهين وجاكسون وجيثري (Scheeringa, Weems, Cohen, Jackson, & Guthrie, 2011) للتحقق من فعالية وملائمة العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) لعلاج أعراض قلق ما بعد الصدمة، لدى عينة من الأطفال تعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أسرهم، وبلغ عددهم (٦٤) طفلاً، تتراوح أعمارهم ما بين (٣–٦) سنوات، تم توزيع الأطفال المشاركين في الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: الأولى تجريبية وضمت (٤٠) طفلاً تلقوا العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، والثانية ضابطة ضمت (٢٤) طفلاً. استخدمت الدراسة مقياس أعراض قلق ما بعد الصدمة (PTSD) لتقييم الأعراض الخاصة بأعراض قلق ما بعد الصدمة، وقائمة الأحداث الضاغطة والمهددة (The Adverse Events Checklist- AEC) لقياس الأعراض التي قد تظهر على الطفل جرَاء تعرضه للعنف المنزلي وقائمة الالتزام في مراحل ومتطلبات العلاج (The Treatment Fidelity Checklist- TFC) لتقييم درجة الانسجام والالتزام بالجلسات العلاجية ومتابعة تطبيق المهمات المفروضة، وقائمة التكيف للطفل (The Adaptability Checklist-Child- ACC) لقياس فعالية العلاج المركز على الصدمة في تحسين مستويات التكيف النفسي للأطفال، وقد استخدمت جميع هذه المقاييس

كمقاييس قبلية وبعدية ومتابعة بعد (٦) أشهر من الانتهاء من العملية العلاجية. اشتملت المعالجة على (١٢) جلسة لتطبيق تكنيكات العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة. أظهرت النتائج انخفاضاً ذو دلالة في أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج بالإضافة الى استمرارية أثر العلاج على مقياس المتابعة بعد (٦) أشهر من الانتهاء من البرنامج العلاجي.

هدفت دراسة ثورنباك (Thornback, 2010) إلى التعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في التقليل والحد من أعراض الصدمة لدى الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (٣٦) طفلاً (٢٦) إناث و(١٠) ذكور تراوحت أعمارهم ما بين (٧–١٢) سنة ممن تعرضوا للإساءة الجنسية، والجسدية من قبل أسرهم، وتم تحويلهم لتلقي الخدمات النفسية والعلاجية بسبب معاناتهم من الأعراض النفسية المرضية المرتبطة بالصدمة، كما تكونت العينة من (٣٦) والداً أو من يقومون على رعاية هؤلاء الأطفال، وقد تم تسجيل أفراد العينة عن طريق مركز توريتنو للإساءة للطفل (Toronto Child Abuse Centre- TCAC)، تم استخدام قائمة أعراض الصدمة للأطفال (TSCC)، وقائمة أعراض الصدمة للأطفال الصغار (Trauma Symptom Checklist for Young children- TSCYC)، ويستخدمه الآباء والقائمون على الرعاية وذلك للإجابة على الأسئلة لتقييم الصدمة لدى الأطفال من عمر (٣–١٢)، سنة وقائمة سلوك الطفل (Child Behavior Checklist 6-18- CBCL 6-18)، لقياس الأعراض النفسية المرضية المتنوعة لدى الأطفال والأحداث من عمر (٦–١٨) سنة، ومقياس الأمن أو الحماية (Security Scale)، ويقيس درجة الأمن والحماية التي يشعر بها الأطفال وذلك بالرجوع أيضا إلى شكل أو نوع التعلق ومقياس التجنب والتعامل القلق (Avoidant and Preoccupied Coping Scale) ويقيم التجنب والتعامل القلق وعلاقته بشكل التعلق الموجود، وقد تم تطبيق

المقاييس قبل وبعد المعالجة، وفي فترة المتابعة بعد (٦) أشهر من انتهاء العملية العلاجية، تكون البرنامج من (١٦) جلسة، مدة كل منها (٩٠) دقيقة. أشارت النتائج من خلال تقارير الأطفال أن هناك تحسناً في أعراض الصدمة، حيث قلت الخلافات والنزاعات بين الأطفال وبين الآباء وذلك على المقياس البعدي ومقياس المتابعة بعد تلقي التدريب على العلاج المركز على الصدمة، كذلك دلت النتائج أن هناك تحسناً ذو دلالة إحصائية على مقياسي قائمة أعراض الصدمة للأطفال، ومقياس قائمة أعراض الصدمة للأطفال الأحداث، وذلك على المقياس البعدي ومقياس المتابعة، أيضا كان هناك تحسن لدى العينة في المقاييس الفرعية لمقياس قائمة سلوك الطفل (CBCL).

وهدفت دراسة فيذر ورونان (Feather & Ronan, 2009) للتحقق من فعالية العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مع الأطفال المساء لهم وتحسين تكيفهم. تم تطبيق العلاج على ثمانية أطفال تعرضوا لإساءات جسدية وعاطفية من قبل أسرهم تتراوح أعمارهم ما بين (٩–١٣) سنة في نيوزلندا تم تحويلهم من عيادة حماية الطفل. وقد تم استخدام عدد من المقاييس منها قائمة ردود أفعال الأطفال لقلق ما بعد الصدمة (Children's Post-Traumatic Stress Reaction Index CPTS-RI) لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة ومقياس سمة القلق الحاد والمزمن للأطفال (State Trait Anxiety Inventory for Children STAIC). ومقياس قائمة الاكتئاب للأطفال (CDI) كذلك تم استخدام مقياس التوافق (Coping Questionnaire- CQ-C) أظهرت نتائج الدراسة انخفاضا عاما في أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب وزيادة السلوكيات التكيفية في القياسات البعدية مقارنة بمستوياتها بالقياسات القبلية. في الوقت الذي أظهرت النتائج استمرارية الأثر العلاجي لجميع الأبعاد خلال فترات المتابعة ولمدة سنة.

حاول برونر وبير وإلديك وجروتينهوس ولاست (Bronner, Beer, Eldik, Grootenhuis, & Last, 2009) اختبار فاعلية العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) والعلاج من خلال تقليل الحساسية بحركة العيون (EMDR) من خلال استخدام أسلوبي العلاج معاً في خفض أعراض اضطراب الضغط الحاد (Acute stress disorder ASD)، والتي تتمثل أبرز أعراضه بحالة من القلق واستعادة الذكريات المؤلمة (Distressing memories)، والومضات العقلية للحدث الصادم (Flashbacks)، طبق العلاج على فتاة عمرها (١٦) سنة، من وحدة العناية النفسية المركزة للأطفال في مستشفى أوكلاند في كاليفورنيا، بعد إصابة الحبل الشوكي لديها بسبب تعرضها لحادث أثناء عملية الغطس، بحيث يتم تطبيق العلاج على عينة كبيرة من الأطفال في المستقبل. تم استخدام مقياس تأثير الأحداث المعدل للأطفال (Children's Revised Impact of Event Scale- CRIES-13) والذي يقيس خطر تطور الأعراض لقلق ما بعد الصدمة للأطفال. أظهرت نتائج الدراسة وبعد متابعة لمدة خمسة أشهر من العلاج انخفاضاً كبيراً في أعراض وردود الفعل للضغط والتوتر الحاد، وهذه النتائج توضح فعالية دمج العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) مع العلاج باستخدام تقليل الحساسية بحركة العيون (EMDR) للمرضى الذين يعانون من اضطراب الضغط الحاد، وتقدم لنا مؤشرا أوليا على ذلك.

وحاولت دراسة دبلنجر ومنارينو وكوهين وستير (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006) مقارنة أثر العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) والعلاج المركز على الطفل (Child-Centered Therapy- CCT) في محاولة لإعادة التأكد من قدرة نموذجي العلاج على خفض ردود الفعل التي سبق العثور عليها، بما فيها أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال الذين تعرضوا لإساءات جنسية متكررة. طبقت الدراسة على (١٨٣) طفلا تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٤) عام، بالإضافة لمقدمي الرعاية لهم، استخدمت الدراسة عدداً من

المقاييس منها: قائمة كيدي للاضطرابات الانفعالية والفصامية– نسخة المرحلة العمرية (K-SADS-PL) لتقييم وجود أعراض قلق ما بعد الصدمة، وقائمة سمة وحالة القلق للأطفال (STAIC)، واستبيان ردود الفعل الانفعالية للآباء (The Parent's Emotional Reaction Questionnaire- PERQ) لقياس مستويات ردود فعل الآباء الانفعالية المرتبطة بخبرة الإساءة الجنسية للأطفال، واستبانة دعم الوالدين (The Parental Support Questionnaire- PSQ) لتقييم مستوى الدعم الوالدي المقدم للطفل المساء له جنسياً. وتم إجراء تقييم بعد (٦) أشهر و(١٢) شهر من العلاج دلت النتائج على فعالية العلاج (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد الدراسة مقارنة مع الأفراد الذين تلقوا العلاج المركز على الطفل (CCT) في جميع القياسات البعدية والقياسات خلال مرحلة المتابعة.

حاولت كوهين ودبلنجر ومانارينو وستير (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004) مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT)، والعلاج المتمركز حول الطفل (CCT)، في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة (PTSD)، وخفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الأطفال بلغت (٢٢٩) طفلاً في ولاية نيوجيرسي في الولايات المتحدة الأمريكية تراوحت أعمارهم بين (٨–١٤) سنة ممن تعرضوا للإساءة الجنسية، بالإضافة لمقدمي الرعاية لهم، وقد تم توزيعهم بشكل عشوائي على نمطي العلاج (١١٥) طفل لمجموعة (CCT) و (١١٤) طفل لمجموعة (TF-CBT). استخدمت الدراسة عدداً من المقاييس لقياس الأعراض النفسية للأطفال وللآباء منها: قائمة كيدي للاضطرابات الانفعالية والفصامية– نسخة المرحلة العمرية (K-SADS-PL)، وقائمة الاكتئاب للأطفال (CDI)، وقائمة القلق (حالة–سمة) للأطفال (STAIC)، ومقياس العزو والإدراك للأطفال (Children's Attributions and Perceptions Scale- CAPS) الذي استخدم لقياس درجة لوم الطفل

لذاته وتحميل نفسه مسؤولية التجربة السلبية التي حدثت معه، وقائمة سلوك الأطفال (CBCL)، وقائمة السلوك الجنسي للأطفال (Child Sexual Behavior Inventory- CSBI) لتقييم أنماط السلوك الجنسي غير المناسب من وجهة نظر الآباء وقائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory- BDI) لقياس وتقييم مستويات الاكتئاب لدى الآباء واستبيان ردود الفعل الانفعالية للآباء (PERQ)، واستبيان الدعم الوالدي (Parent Support Questionnaire- PPQ) لتقييم مستويات الدعم المقدم من قبل الأهل لأطفالهم المساء إليهم جنسيا واستبيان الممارسات الوالدية (PSQ). اشتملت البرامج العلاجية على (١٢) جلسة لكل برنامج علاجي، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة. أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين تلقوا العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) قد أظهروا تحسنا ذو أثر ودلالة إحصائية أكثر مقارنة مع الأطفال الذين تلقوا العلاج المتمركز حول الطفل (CCT) وذلك على مقاييس أعراض قلق ما بعد الصدمة، ومقياس الاكتئاب، ومقياس القلق، ومجموع أو إجمالي مقاييس المشكلات السلوكية، بالإضافة لتفوق العلاج المركز على الصدمة في تحسين مستوى المهارات الوالدية وزيادة مستوى الدعم الوالدي للأطفال عينة الدراسة.

ثانياً: الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية المختلفة التي استخدمت مع الإساءة:

هدفت دراسة (الشيخ، ٢٠١٢) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي يستند على العلاج الدينامي الفردي والعلاج باللعب في خفض أعراض قلق ما بعد للصدمة من النوع المتأخر (PTSD) لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة جنسية، استهدفت الدراسة حالة طفلة في إحدى مدارس مدينة دمشق للتعليم الأساسي وعمرها (١٠) سنوات تعرضت لاستغلال جنسي وشخصت لديها أعراض قلق ما بعد الصدمة، تألف البرنامج العلاجي من (٨) جلسات مدة كل جلسة (٤٥-٦٠) دقيقة بمعدل جلستين أسبوعياً. استخدم استبيان الحدث الصادم من إعداد الباحثة، ومقياس

أعراض قلق ما بعد الصدمة (PTSD) لتشخيص الاضطراب بالاعتماد على معايير الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع -Diagnostic and statistical manual of mental disorder) (DSM-IV والذي طبق قبل وبعد العلاج مباشرة وبعد شهر من انتهاء التطبيق. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي في التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية.

هدفت دراسة (الحويان، ٢٠١١) إلى استقصاء فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب، في تحسين مستوى مفهوم الذات، والمهارات الاجتماعية، والمرونة النفسية، لدى الأطفال المساء لهم جسديا. حيث تكون البرنامج من مرحلتين: أولاً: جلسات فردية تعقد مع كل طفل على حده في غرفة اللعب الموجودة في مؤسسة الحسين، ولمدة (١٠) جلسات، بمعدل (٤٥) دقيقة لكل جلسة. ثانياً: جلسات إرشاد جمعي لجميع الأطفال المشاركين تهدف إلى تطوير الإحساس بالانتماء بدلاً من الانعزال، وتقديم الأطفال الدعم لبعضهم البعض بما يساعد على بناء صورة إيجابية عن الذات وتحفيز النمو المستقبلي، والحصول على التغذية الراجعة من بعضهم، والمساعدة في تصحيح السلوكيات غير التكيفية، وتعلم مهارات اجتماعية جديدة، وتبادل المعلومات مع بعضهم بالإضافة للمعلومات التي يقدمها لهم المرشد، وإتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم بحرية، ولمدة (٥) جلسات، بمعدل (٤٥) دقيقة. تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٦–١٢) سنة، تم اختيارهم من مؤسسة الحسين الاجتماعية في مدينة عمان، تم استخدام ثلاثة مقاييس وهي مقياس مفهوم الذات، ومقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس المرونة النفسية، أظهرت نتائج الدراسة تحسن في مستوى مفهوم الذات، والمهارات الاجتماعية، والمرونة النفسية للأطفال المشاركين بالدراسة.

استهدفت دراسة ميزوريل وسبرنغر وترايون (Misurell, Springer, & Tryon, 2011) استقصاء فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مبني على اللعب (Game-Based Cognitive Behavior Therapy- GB-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة وتحسين الأعراض الداخلية والخارجية والسلوكيات الجنسية غير السوية وتحسين المهارات الاجتماعية ومعرفة بعض جوانب الحياة الجنسية السوية ومهارات الحماية الذاتية لدى عينة من الأطفال الذين مروا بخبرة الإساءة الجنسية. اشتملت عينة الدراسة على (٤٨) طفلاً (٣٠) من الإناث، و(١٨) من الذكور، وكان متوسط أعمارهم (٧,٢٨) سنة، تم استقطابهم من عيادة خارجية في مستشفى للتشخيص والمعالجة في نيوجيرسي في الولايات المتحدة الأمريكية، وخلال إجراءات الدراسة تم استخدام قائمة السلوك الجنسي للأطفال (CSBI) لتقدير السلوك الجنسي غير السوي لديهم وقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (TSCC) لتقدير الأعراض السلوكية والانفعالية الصادمة المرتبطة بخبرة الإساءة الجنسية. اشتمل البرنامج العلاجي على تطبيق (١٢) جلسة مدة كل منها ساعة ونصف، كما اشتملت الدراسة على قياسات بعدية ومتابعة بعد ثلاثة أشهر لتقييم مدى استمرارية نتائج العلاج حيث أظهرت نتائج الدراسة فاعلية نموذج (GB-CBT) في قدرته على تعليم وإكساب المهارات الاجتماعية والعاطفية للأطفال المساء لهم جنسياً وإدارة العديد من المشاكل السلوكية والتعامل مع أعراض الصدمة والأعراض السلبية الأخرى، كما أظهرت النتائج أن العلاج باللعب ربما يكون نهجاً فعالاً لتخفيف عدد من المشاكل التالية للإساءة الجنسية، فالعلاج نجح في إتاحة الفرصة للأطفال للتعرف على الأعراض التي ظهرت عليهم بعد تعرضهم للإساءة ومكنهم من استيعابها، وقلل من السلوكيات الجنسية غير الملائمة لديهم، مع الحد من السلوكيات الإشكالية حيث أن البرنامج أدى إلى تحسين معرفتهم ببعض النواحي الجنسية والمهارات الصحية لحماية أنفسهم من الاعتداء.

وحاولت دراسة رونيون ودبلنجر وستير (Runyon, Deblinger, & Steer, 2010) التعرف على فاعلية نموذجين من العلاج المعرفي السلوكي في علاج أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أسرهم، وقد اشتملت الدراسة على مجموعتين الأولى مجموعة الآباء والأطفال وضمت (٢٤) والد/ والدة مع أطفالهم عولجوا بواسطة العلاج المعرفي السلوكي (Combined Parent-Child Cognitive Behavior Therapy CPC-CBT)، والمجموعة الثانية مجموعة الآباء واشتملت على (٢٠) والداً عولجوا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT). استخدم مقياس أساليب النزاع بين الوالدين والطفل (Conflict Tactics Scale Parent-Child- CTS-PC) واستبانة ألباما للآباء- نسخة الأب/ الأم (Albama Parenting Questionnaire- Parent- APQ-P) واستبانة ألباما- نسخة الأطفال (Albama Parenting Questionnaire- Child- APQ-C) لتقييم المهارات الوالدية الإيجابية وقائمة كيدي للاضطرابات الانفعالية والفصامية- نسخة المرحلة العمرية (K-SAD-PL) لتقييم أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال، تم تطبيق المقاييس على كل من الأطفال والآباء المشاركين قبل وبعد المعالجة، وفي فترة المتابعة بعد مرور ثلاثة أشهر من إتمام العلاج. أظهرت نتائج الدراسة بأن مجموعة الأطفال والآباء (CPC-CPT) أبدت انخفاضاً في أعراض قلق ما بعد الصدمة وتحسناً في المهارات الوالدية الإيجابية مقارنة مع مجموعة الآباء (CBT).

هدفت دراسة واندرز وسيرا ويونغ (Wanders, Serra, & Jongh, 2008) إلى اختبار فاعلية العلاج من خلال تقليل الحساسية بحركة العيون (EMDR) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) في الحد من الأعراض النفسية المرضية لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا لخبرات وتجارب سلبية صادمة مثل الاعتداء الجنسي والتفكك الأسري. تكونت عينة الدراسة من (٢٦) طفلاً (١٨) من الذكور و(٨) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٣) عام في شمال هولندا،

تم خلال الدراسة استخدام عدد من المقاييس منها: قائمة المؤثرات الإيجابية والسلبية للأطفال (Positive and Negative Affect Self-Statement Questionnaire for Children- PNG-C) لتحديد أهم الأفكار الإيجابية والسلبية للأطفال وقائمة الاكتئاب للأطفال (Depression Questionnaire for Children- DQ-C) لتقييم درجة الاكتئاب لدى الأطفال من عمر (٩-١٢) سنة وقائمة سلوك الأطفال (CBCL) وهي قائمة سلوكية تتيح للآباء تقييم المشكلات السلوكية والمهارات الاجتماعية لأطفالهم. وبعد مدة من المتابعة استمرت ستة أشهر وجد أن هناك آثاراً إيجابية للأسلوبين العلاجيين في تقليل المشاكل السلوكية وزيادة تقدير الذات، وعلى الرغم من عدم وجود فروق بين فعالية العلاجين إلا أن الأطفال الذين تلقوا (EMDR) أظهروا تغييرات إيجابية أكبر في السلوك من الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي (CBT) حيث ركز أسلوب (EMDR) على إزالة الحساسية من سلسلة الذكريات المؤلمة مما أظهر نتائج إيجابية كبيرة ومستمرة على مشاكل الأطفال وخاصة فيما يتعلق بتقدير الذات وما يتصل بها، كما أظهرت النتائج فعالية النوعين العلاجيين في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المشاركين.

كما هدفت دراسة (السنباني، ٢٠٠٥) إلى التحقق من فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في التخفيف من أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم. تألف أفراد الدراسة من (٣٠) طفلاً من الأطفال المساء لهم جنسياً وجسدياً، تم اختيارهم من مؤسستين في أمانة العاصمة صنعاء وهما: دار التوجيه الاجتماعي للأحداث، ودار التوجيه الاجتماعي للفتيات ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس قلق ما بعد الصدمة الذي قامت الباحثة ببنائه والذي توفرت له دلالات صدق جيدة وتم بناءه بالاعتماد على محكات (DSM-IV)، وقد تم تطبيق استبانة الحدث الصادم ومقياس قلق ما بعد الصدمة ومقياس حالة وسمة القلق وقائمة الاكتئاب للأطفال لكوفاكس على أفراد العينة، كما تم الإجابة على نموذج تقرير المعلم من قبل بعض المشرفين والأخصائيين في

المؤسستين. تم توزيع أفراد العينة على مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة تكونت كل منهما من (١٥) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٨–١٥) سنة. تعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج علاج معرفي سلوكي في حين ترك أفراد المجموعة الضابطة دون أي تدخل علاجي. وقد تكون البرنامج العلاجي من (١٣) جلسة مدة كل جلسة (٥٠) دقيقة واحتوى البرنامج على الفنيات الآتية: الاسترخاء العضلي، والتنفس العميق، والتخيل الإيجابي، ومناقشة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، والحديث الإيجابي مع الذات، وأساليب التغلب على الأحلام المزعجة والكوابيس، والتعرض التدريجي عن طريق التخيل. أظهرت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات على الدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة لمقياس قلق ما بعد الصدمة ومقياس سمة وحالة القلق وقائمة الاكتئاب ونموذج تقرير المعلم لصالح المجموعة التجريبية وحتى بعد شهر من انتهاء العلاج مما يظهر فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية التي قد تصاحب الاضطراب مثل القلق والاكتئاب.

وحاولت دراسة (أبوعيطة وأحمد، ٢٠٠٥) تقصي فاعلية برنامج إرشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء إليهم، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام مقياس مشكلات التوافق النفسي ومقياس مفهوم الذات وتم تطوير برنامج إرشادي يتكون من عشر جلسات إرشادية تعتمد على عدد من أساليب التدخل من النظرية المعرفية السلوكية والمدة الزمنية لكل جلسة تتراوح ما بين (٦٠–٨٠) دقيقة. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (١٢–١٧) سنة ممن تعرضواً للإساءة الجسدية أو الجنسية أو الإهمال، تم اختيارهم من مركزي أسامة بن زيد وعمر بن عبد العزيز لرعاية الأحداث من منطقة ياجوز في محافظة الزرقاء وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عدد أفراد كل منهما (١٥) طفلاً مساء إليهم، وتم إجراء اختبار قبلي للتأكد من تقارب المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط

درجاتهم على مقياس التوافق النفسي ومفهوم الذات وتم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية في حين لم يتلق أفراد المجموعة الضابطة أي تدريب. وبعد انتهاء البرنامج تم تطبيق الاختبار البعدي وبعد أسبوعين تم تطبيق اختبار المتابعة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على كل من الاختبار البعدي واختبار المتابعة في درجة التوافق النفسي ومفهوم الذات حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً في التوافق النفسي ومفهوم الذات مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة (زيوت، ٢٠٠٥) للكشف عن فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين مهارات التواصل والتكيف لدى الأطفال المساء لهم جسدياً، تكونت عينة الدراسة من (٢٦) طفلاً من الأطفال المساء جسدياً إليهم تم اختيارهم من مركز وصفي التل لحماية ورعاية الأطفال في مدينة المفرق، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وطبق عليهم مقياس التكيف قبل البدء بتطبيق البرنامج، وقد تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً إرشاديا لتحسين مهارات التواصل والتكيف، واستمر لمدة ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً، وأما المجموعة الضابطة لم تتعرض للبرنامج الإرشادي. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة تم تطبيق مقياس التواصل والتكيف على المجموعتين التجريبية والضابطة (القياس البعدي)، وبعد أسبوعين من القياس البعدي تم تطبيق المقياسين التواصل والتكيف على المجموعتين مرة أخرى (قياس المتابعة)، ولقياس مدى فاعلية البرنامج. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على التطبيق البعدي والمتابعة لمقياس التواصل لصالح أفراد المجموعة التجريبية ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على التطبيق البعدي والمتابعة لمقياس التكيف لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

هدفت دراسة (دغلس، ٢٠٠٤) إلى بناء برنامجين إرشاديين الأول لتنمية الثقة بالآخرين لدى عينة من الطالبات المساء إليهن جسدياً ونفسياً، وآخر لتنمية الثقة بالآخرين لدى عينة من الطالبات المساء إليهن نفسياً، في الصفوف من الرابع حتى السادس الأساسي في إحدى المدارس الحكومية في محافظة الزرقاء/ الرصيفة. بلغ عدد أفراد العينة للبرنامج الأول (٩) و(٨) للبرنامج الثاني. استند البرنامجان إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية. وتضمنت البرامج المستخدمة عدة مهارات وأنشطة منها: الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات، واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية، ومهارة ضبط الذات، واستبدال الحديث السلبي بالحديث الإيجابي، ومهارة التوكيد الذاتي، وتعزيز الذات. استخدمت الباحثة مقياس ممارسة الإساءة الوالدية كما يدركها الأبناء، ومقياس الثقة بالآخرين، وتم تطبيق البرنامجين الإرشاديين على مدار (١١) جلسة لكل برنامج، مدة الجلسة الواحدة (٥٠) دقيقة، وبعد مرور أسبوعين على انتهاء الجلسات الإرشادية، تم تطبيق مقياس الثقة بالآخرين مرة أخرى لقياس استمرارية أثر البرنامجين. أكدت النتائج على فعالية كلا البرنامجين، وقدرتهما على مساعدة التلميذات المساء إليهن في زيادة مستوى الثقة بالآخرين، والتقليل من آثار الإساءة التي تعرضن لها، سواء في الجانب النفسي فقط، أو الجسدي والنفسي معاً.

وهدفت دراسة (مقدادي، ٢٠٠٣) إلى تعرُّف فاعلية العلاج باللعب والتدريب التوكيدي في خفض القلق وخفض التعرض للإساءة وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً. تألفت عينة الدراسة من (٤٥) طفلاً مساء إليهم تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٤) سنة من مركز أنس بن مالك لرعاية الأحداث، وجمعية رعاية اليتيم، ومثابة دار الإيمان لرعاية وإيواء الأطفال، وتم اختيار الأطفال الذين حصلوا على درجات عالية على مقياس القلق (٤٥-٦٠) على كل من مقياس سمة القلق ومقياس حالة القلق ودرجات عالية على مقياس التعرض للإساءة (١٦٨-٢٤٠) ودرجات منخفضة على مقياس الكفاءة الذاتية المدركة (أقل من٢٣). وتم توزيع

عينة الدراسة على ثلاث مجموعات المجموعة التجريبية الأولى وعدد أفرادها (١٥) طفلاً تلقوا برنامج إرشاد جمعي بالعلاج باللعب من أجل خفض القلق وخفض التعرض للإساءة وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لمدة سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، والمجموعة التجريبية الثانية وعدد أفرادها (١٥) طفلاً تلقوا برنامجاً إرشادياً جمعياً بالتدريب التوكيدي من أجل خفض القلق وخفض التعرض للإساءة وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لمدة سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، والمجموعة الضابطة تكونت من (١٥) طفلاً لم يتلقوا تدريباً على برنامج العلاج باللعب، أو برنامج التدريب التوكيدي. تم استخدام مقياس حالة وسمة القلق كمقياس قبلي وبعدي لتحديد مستوى التحسن في انخفاض مستوى القلق، واستخدم مقياس التعرض للإساءة كمقياس قبلي وبعدي، لتحديد مستوى التحسن في مستوى التعرض للإساءة واستخدم كذلك مقياس الكفاءة الذاتية المدركة كمقياس قبلي وبعدي لتحديد مستوى التحسن في الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأطفال المساء لهم. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة الأولى التي تلقت العلاج باللعب والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية ولجميع المتغيرات التابعة، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت التدريب التوكيدي والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية ولجميع المتغيرات التابعة، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التي تلقت العلاج باللعب والمجموعة التي تلقت التدريب التوكيدي فيما يتعلق بمستوى الكفاءة الذاتية المدركة لصالح المجموعة التي تلقت العلاج التوكيدي ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبيتين على كل من سمة القلق وحالة القلق وخفض التعرض للإساءة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة التي استهدفت استقصاء فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، أو برامج علاجية أخرى كالعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج باللعب، والعلاج بتقليل الحساسية من خلال حركة العيون، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، التي استخدمت مع الأطفال المساء إليهم، كما هو في دراسات كل من (الشيخ، ٢٠١٢؛ الحويان، ٢٠١١؛ السنباني، ٢٠٠٥؛ وأبو عيطة وأحمد، ٢٠٠٥؛ ودغلس، ٢٠٠٤؛ ومقدادي، ٢٠٠٣) ودراسات كل من (Misurell, Springer, & Tryon, 2011; Runyon Deblinger, & Steer, 2010; Wanders, Serra, & Jongh, 2008) والتي هدفت لخفض الأعراض التي تظهر عقب الإساءة، نلاحظ التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة في توظيفها لبرامج علاجية متخصصة في علاج الأطفال المساء إليهم، إلا أن هذه الدراسة اقتصرت على الأطفال المساء إليهم جسدياً فقط، مراعاةً لاعتبارات الثقافة في بيئتنا العربية بسبب التعقيدات التي تحيط بعملية الكشف والتشخيص لحالات الإساءة الجنسية، في حين نجد العديد من الدراسات الأجنبية تركزت على استقصاء فاعلية العلاج المركز على الصدمة مع الأطفال المساء إليهم جنسياً كما ورد في دراسات (Deblinger et al, 2011; Hartman, 2011; Thornback, 2010; Deblinger et al, 2006; Cohen et al, 2004) كما أن هذه الدراسات استهدفت عينات من أطفال في الولايات المتحدة وأوروبا إذ لم تتوجه أي دراسة سابقة لتطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مع عينات من الأطفال العرب باستثناء دراسات كل من (ضمرة وأبو عيطة، ٢٠١٤؛ ضمرة ونصار، ٢٠١٣) ودراسة (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014).

كما توجهت بعض الدراسات لمقارنة أكثر من نموذج علاجي في التقليل من أعراض الاضطرابات التي تتبع الإساءة كما ورد في دراسة (ضمرة وأبو عيطه، ٢٠١٤) حيث تم مقارنة العلاج المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى، وفي دراسة (Bronner et al, 2009) تم مقارنة العلاج المركز على الصدمة مع العلاج من خلال تقليل الحساسية بحركة العيون (EMDR) وفي دراسة (Deblinger et al, 2006) تم مقارنة العلاج المركز على الصدمة مع العلاج المركز على الطفل (CCT).

ونجد أن كثيراً من الدراسات توجهت للتحقق من فعالية علاجات أخرى في التقليل من الأعراض التالية للإساءة كالعلاج باللعب كما في دراسات (الشيخ، ٢٠١٢؛ الحويان، ٢٠١١؛ مقدادي، ٢٠٠٣) ودراسة (Misurell, Springer, & Tryon, 2011) كذلك الحال في دراسات (السنباني، ٢٠٠٥؛ أبو عيطة وأحمد، ٢٠٠٥) التي استندت للنظرية المعرفية السلوكية.

وتختلف عن غيرها من الدراسات التي أجريت في البيئة الأردنية في احتوائها على (١٣) جلسة علاجية تشتمل على مجموعة من التكنيكات والأساليب العلاجية المستندة للعلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، والمتخصصة في التعامل مع حالات الإساءة للأطفال بهدف التأثير على متغير واحد فقط وهو مستوى أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال المساء لهم جسدياً، في حين استخدمت دراسة (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) نفس البرنامج العلاجي لتقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة والاكتئاب في آن واحد، خلال (١٠) جلسات فقط. كما أنها تختلف عن دراسة (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) في احتوائها على (٧) جلسات تجمع بين الطفل ووالده غير المسيء في آن واحد، بينما خصصت دراسة (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) جلسة واحدة تجمع بين الأب والطفل، إضافة لوجود جلستين للأهل فقط للتدريب على المهارات الوالدية.

وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات الأخرى التي استخدمت علاجات أخرى كالعلاج باللعب، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بتقليل الحساسية بحركة العيون، أو العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في كونها تستخدم علاجاً يشترط العمل مع الطفل وأسرته ويعتبر أن انخراط الأهل جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي لما لهم من أدوار مهمة في تقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة التي سعت الدراسة لخفضها لدى الأطفال المساء لهم، كما يتميز البرنامج باحتوائه على عناصر مهمة كسرد خبرة الإساءة والجلسات المشتركة والتي هدفت لإحياء العلاقة بين الطفل ووالديه لتعزيز عنصر الأمن والنمو المستقبلي مما أعطى قوة وسرعة في النتائج.

الفصـل الثـاني

الإطـــار النظري

الإساءة للطفل (Child Abuse):

إن الدارس لمفهوم الإساءة للأطفال يلاحظ فشل الجهود الأولية في إيجاد اتفاق على تعريف إجرائي لمفهوم الإساءة للأطفال بما يتضمنه من ممارسات، حيث وجد مفهوم الإساءة للطفل الاهتمام من قبل كثير من العلوم المختلفة مثل علم الإجرام، والصحة العامة، وعلم النفس، والطب النفسي، وعلم الاجتماع والقانون، مما حال دون التوصل لاتفاق على تعريف إجرائي وعلى الرغم من ذلك يمكن أن يتضمن تعريف الإساءة للطفل أربعة عناصر أساسية وهي: قصدية الفعل، وأثر الفعل على الطفل، وقيمة الحكم الصادر على الطفل، والمعايير الثقافية والاجتماعية التي تقيم الحكم. فالتغير في هذه العناصر يمكن أن يؤثر على محاولات التوصل لتعريف شامل ومقبول، إضافة لخصوصية وطبيعة موضوع الإساءة للطفل والمعلومات التي يتم جمعها عن حالة الإساءة والتي يمكن أن تكون عرضة للخطأ والتشويه والمبالغة (المجلس الوطني لشؤون الأسرة، ٢٠١٠).

وتعرف الأمم المتحدة الإساءة بأنها: أي فعل أو تهديد بفعل يؤدي إلى إحداث أذى جسدي أو نفسي أو جنسي يحد من حرية الطفل بسبب كونه طفلاً تحت الوصاية أو الدفع به إلى أي من الصور المختلفة للاستغلال (حلمي، ١٩٩٩). وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها تشتمل على: كل شكل من أشكال الإساءة الجسدية أو العاطفية أو الإساءة الجنسية أو الإهمال أو الاستغلال والذي يشتمل على جميع صور الإتجار بالأطفال للحصول على المنفعة المادية مما يؤدي إلى أذى فعلي أو محتمل لصحة الطفل وبقائه ونموه وكرامته في ظل علاقة مبنية على المسؤولية والثقة والقوة (WHO, 1999). ويعرف جل الإساءة والإهمال على أنه: أي فعل من جهة الآباء أو شخص أو مؤسسة أو من المجتمع ككل يؤدي إلى حرمان الطفل من المساواة في الحقوق والحرية ويؤدي إلى عرقلة قدرات الطفل وإبعادها عن تحقيق أفضل تطور ونمو

لإمكاناته بالقهر أو بالقوة. ويعرفها المركز القومي الأمريكي بواشنطن على أنه: جرح جسدي أو نفسي أو إساءة جنسية أو إهمال لسوء معاملة الطفل تحت سن الثامنة عشرة يقوم بها الشخص المسؤول عن رعايته تحت ظروف تهدد أو تضر بصحة الطفل وسعادته (الضمور، ٢٠١١).

ويمكن أن تأخذ الإساءة للأطفال عدة أشكال فقد ميز تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام ١٩٩٩ بشأن منع الإساءة للأطفال بين أربعة أنواع من الإساءة وهي الإساءة الجسدية، والإساءة الانفعالية، والإساءة الجنسية، والإهمال.

الإساءة الجسدية (Physical Abuse):

قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً لهذا النوع من الإساءة على أنها: الإساءة التي ينتج عنها إلحاق ضرر جسدي فعلي أو محتمل للطفل خلال وجود التفاعل أو عدم وجوده أثناء وجود والده/ والدته أو شخص آخر موضع مسؤولية أو ثقة أو سلطة عليه وقد تكون حادثة فردية أو مكررة. وتبدو هذه الإساءة بوجود إصابات جسدية بشكل متعمد، وتقدير مدى انتشار هذه الإساءة يختلف باختلاف المعايير المستخدمة في كل مجتمع، وهي من أكثر أنواع الإساءة القابلة للملاحظة والاكتشاف بسبب وضوح مظاهرها على الأطفال، ويمكن أن ينتج عنها آثار صحية متعددة منها: الكدمات والبقع والحروق وآثار التمزيق والجروح والكسور والإصابات في الصدر والبطن والتسمم والاختناق وإصابات الجهاز العصبي المركزي (WHO, 1999). ويمكن أن ينتج عن الإساءة الجسدية عدة آثار نفسية منها: الخوف من الوالدين، القلق، عدم الشعور بالسعادة، الانعزال، سوء تقدير الذات، تجنب الكبار، وعدم الرغبة في بناء صداقات مع الأطفال (CWIG, 2008). وتؤكد دراسة (Runyon, Deblinger, & Steer, 2010) على وجود علاقة ارتباطية بين الإساءة الجسدية للطفل وظهور أعراض قلق ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب والسلوك العدواني من خلال التأثير سلباً على مهارات حل المشكلات ومهارات الاتصال مما يقود إلى

انخفاض مستويات التعاطف والحساسية نحو الآخرين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن مشاركة الآباء مع أبنائهم في المعالجة أدى لتحسن أكبر في مهارات الرعاية الوالدية الإيجابية وتغيير تصوراتهم السلبية عن سلوكيات أطفالهم وبالتالي المشاركة في مزيد من طرق الرعاية الوالدية الإيجابية. كما أشارت نتائج الدراسة التي أجرتها (الشيخ، ٢٠١٢) إلى وجود آثار للعنف تعمل بدورها على تطوير أعراض قلق ما بعد الصدمة حيث بينت الدراسة أن أكثر الأعراض شدة والتي ظهرت على الحالة موضوع الدراسة هي الأعراض الاقتحامية وأعراض الاستثارة الانفعالية الزائدة والتي تعد من الأعراض الأساسية لقلق ما بعد الصدمة.

ويمكن لمقدمي الخدمات الصحية والنفسية للأطفال التعرف على الإساءة الجسدية من خلال بعض المؤشرات ومنها: وجود تقرير واضح وصريح للإصابة من قبل والدي الطفل أو مقدم الرعاية، أو الكسور والحروق والكدمات غير المبررة، أو تكرار الإصابات في نفس الأماكن، أو تكرار الزيارات للمستشفيات ولقسم طب الأطفال خاصة، أو الخوف الواضح من الكبار، أو ارتداء الملابس التي تغطي آثار الكدمات والإصابات لدى الطفل (Gill, 2012).

ويشير مركز أورنالدو الإقليمي للرعاية الصحية والتثقيف والتنمية إلى ضرورة ظهور عدة آثار وعلامات حتى يتمكن مقدم الخدمة الصحية للطفل من التعرف إلى حالة الإساءة للطفل والإساءة الجسدية تحديداً، فمن الآثار التي تظهر على الطفل إظهاره لتغييرات مفاجئة في سلوكه أو في أداءه المدرسي، أو رفض الطفل أو عدم تلقيه أي مساعدة لمشكلة جسدية أو طبية تسترعي انتباه الأهل لذلك، أو وجود بعض المشكلات وصعوبات التركيز عند الطفل والتي لا يمكن عزوها لأسباب جسدية أو نفسية محددة، أو مشكلات النوم، أو القلق، وافتقار الطفل للإشراف والرعاية من قبل الأهل، أو الإذعان والطاعة المبالغ بها أو الانسحاب، أو حضور الطفل للمدرسة أو الأنشطة المدرسية بشكل مبكر جداً وبقاءه لوقت متأخر وعدم رغبته بالعودة للمنزل، أو ظهور ردود فعل

نكوصية مثل بكاءه بطريقة لا تناسب مرحلته العمرية، أو وجود علامات للحروق أو الكدمات أو الكسور أو إصابات العين لدى الطفل مع عدم وجود تفسير واضح لذلك، أو ظهور علامات من الخوف الشديد والذعر من الأب أو الأم أو بكاءه بشكل شديد عندما يحين وقت ذهابه للمنزل، أو تملص الوالدين وتهربهم من مسؤوليتهم في التقرب من الطفل ودفء علاقتهم معه، أو وجود تقارير طبية مسبقة تؤكد إصابة الطفل من أحد والديه أو مقدم الرعاية (Orlando Regional Healthcare, Education & Development [ORHED], 2004).

وهناك بعض العوامل تتعلق بالأهل فمنها: ظهور عدم الاكتراث للطفل، أو إنكار الأهل لوجود مشاكل خاصة لديه في البيت أو المدرسة أو لومه وتوبيخه على ذلك، أو الطلب من المعلمين أو مقدمي الخدمة للطفل استخدام العقاب البدني القاسي إذا أساء هذا الطفل التصرف، أو ظهور اتجاهات سلبية نحو قدرات الطفل وإمكانياته، ومطالبة الأهل للطفل بمستوىً عالٍ من المجهود البدني أو الأكاديمي يتجاوز قدراته، أو تقديم مبررات وتفسيرات متضاربة وغير مقنعة لإصابات الطفل، أو استخدام العقاب البدني القاسي مع الطفل، أو وجود تاريخ مسبق من الإساءة للطفل. أما بالنسبة للعوامل التي نستدل بها من خلال ملاحظتنا للأب/ الأم والطفل معاً فمنها: ضعف الاتصال بين الطفل وأهله وتجنبهم لذلك، كما يمكننا أن نأخذ بعين الاعتبار ونتأمل في العلاقة التي تظهر التعامل السلبي تماماً بين الطفل ووالديه والتي قد تكون مؤشراً كبيراً على وجود الإساءة لهذا الطفل (Department of Health and Human Services [DHHS], 2013).

الإساءة الانفعالية (Emotional Abuse):

تشير الإساءة الانفعالية إلى القصور في توفير بيئة نمائية داعمة سليمة يتوفر فيها الشكل الأساسي من المودة بحيث يمكن لهذا الطفل أن يتمتع بأعلى درجة من الاستقرار ويطور قدراته العاطفية والاجتماعية بما يتناسب مع قدراته الشخصية ومحيط البيئة التي يعيش فيها، ويمكن لهذا القصور أن يؤدي لإحداث ضرر لصحة الطفل البدنية والعقلية والعاطفية والأخلاقية والاجتماعية وتكون هذه التصرفات في ظل وجود الوالدين أو الشخص موضع الثقة والمسؤولية عن الطفل وتشمل أعمال تقييد حرية الطفل وأنماط التحقير والإساءة لسمعته والتهديد والترويع والتمييز والسخرية وأي شكل من أشكال التعامل السيئ الذي يقوم على العدائية والرفض (WHO, 1999). كما يوظف لبيان درجة عالية من الحماية الزائدة وتحميل الطفل الذنب مما يؤدي إلى خلل في نموه النفسي إضافة إلى توجيه الإساءة اللفظية إليه، كما تظهر بالانتقاد الشديد اللاذع والإهانات والتهديد والتحقير وعدم إبراز الحب والحنان للطفل. وعرفت الإساءة الانفعالية من قبل هيئة رعاية الطفولة الأمريكية على أنها: إنكار الخبرات الطبيعية التي تزود الطفل بالإحساس بالحب والتقبل والقيمة، أو الاضطراب الانفعالي العائد إلى استمرار الخلافات في المنزل بسبب عدم الانسجام أو مرض الوالدين العقلي (مؤسسة نهر الأردن واليونيسيف، ١٩٩٧).

وتترك الإساءة العاطفية آثاراً عديدة على الطفل تتضمن سوء النمو الجسمي وخللاً في النمو النفسي، إضافة إلى اضطراب السلوك، وشيوع المزاج الاكتئابي، وتدني احترام الذات، والسلوكيات المتناقضة والعدوانية، والقيام بالسلوكيات النكوصية، وأعراض قلق ما بعد الصدمة، ومحاولات الانتحار، كما أن من مظاهره إحساس الطفل بالرفض من قبل الوالدين وهذه المشاعر تؤدي إلى حلقة مفرغة في علاقة الطفل بالوالدين، مما ينعكس على الشعور بالقلق وعدم الأمان،

أما الوالدان فيستمران برفض الطفل غير مقدرين له، بل تزداد لديهم مشاعر الرفض إلى درجة أسوأ، وترتبط الآثار الانفعالية بالأشكال الأخرى من الإساءة، فالأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجسدية يخبرون آثاراً انفعالية كالشعور بالدونية، والأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية يظهرون شعوراً بالخجل والانتهاك، أما الأطفال الذين تعرضوا للإهمال فإنهم يظهرون نقصاً في الاستثارة البيئية وعدم الدعم لنموهم الطبيعي، ويمكن للمعالج ومقدم الخدمة التعرف على هذا النوع من الإساءة من خلال اعتماده على الأعراض السلوكية والانفعالية كالتصرفات العدوانية والانسحاب الاجتماعي والافتقار للنواحي العاطفية (علاء الدين، ٢٠١٠).

الإساءة الجنسية (Sexual Abuse):

تشير الإساءة الجنسية إلى إقحام الطفل بنشاطات جنسية بشكل قسري في ظل غياب الفهم والإدراك الصحيح لتلك الأنشطة من قبل الطفل، وتحدث الإساءة من خلال نشاطات جنسية من شخص بالغ على الطفل أو من طفل آخر أكبر منه سنا أو تطوراً والذي يكون مسؤولا عنه وموضعا لثقته أو بيده السلطة، وقد يكون من عائلة الطفل المساء إليه أو شخص معروف لديهم أو شخص غريب ويهدف النشاط إلى إرضاء أو تلبية حاجات الشخص المسيء ومن الأمثلة على ذلك: إغراء الطفل أو إكراهه على الاشتراك بنشاط جنسي غير قانوني، أو استغلال الطفل في الدعارة وسواها من الممارسات الجنسية غير المشروعة، أو استغلال الطفل في العروض والمواد الإباحية، حيث تؤثر هذه الأنشطة سلباً على صحة الطفل الجسدية والعقلية والتعليمية والروحية والأخلاقية والاجتماعية والعاطفية (WHO, 1999). ويعتمد الإفصاح عن الإساءة الجنسية التي يتعرض لها الطفل على شكل الإساءة والصلة بين الشخص المعتدي والطفل، إذ يبلغ الأطفال عندما يكون المعتدي غريباً عنهم بشكل أكبر، ويتم التبليغ عن الإساءة الجنسية بشكل مباشر من الطفل أو أحد أقاربه، أو بشكل غير مباشر وبدون توضيح كمشكلة يعاني منها الطفل كأعراض

جسمية في منطقة الشرج أو الأعضاء التناسلية، أو ظهور الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو ظهور سلوك جنسي غير ملائم، وقد تبين أن الإناث أكثر تعرضاً من الذكور للإساءة الجنسية، كما أن المسيء غالباً ما يكون ذكراً وغالباً ما يكون أحد أفراد الأسرة (المجلس الوطني لشؤون الأسرة، ٢٠١٠).

وتتميز الإساءة الجنسية عن الإساءة الجسدية بعدم وجود آثار واضحة إلا إذا اقترنت بإصابة جسدية كما في حالة الاعتداء على الأطفال الصغار من قبل البالغين، وتظهر الأعراض في حالات الإساءة الجنسية من خلال ظهور المشكلات السلوكية والنفسية كتدني في تقدير الذات، أو إيذاء الذات والشعور بالذنب، أو الاضطرابات العقلية، والوعي الجنسي غير المتلائم مع عمر الطفل، وسوء التكيف الجنسي لاحقاً، وصعوبة إقامة العلاقات مع الغير، والتبول اللاإرادي، عدم الرغبة في تبديل الملابس، صعوبات في المشي والجلوس، أو السلوك الجنسي العلني، أو معرفة الجنس بشكل مبكر وقبل أوانه، وتدني التحصيل (الضمور، ٢٠١١). ولعل أحد الجوانب التي تتضرر لدى الطفل المساء إليه جنسياً هو الجانب الروحي، إذ يعتبره البعض من الأبعاد المهمة في الصحة النفسية والجسمية إلى جانب الأبعاد العاطفية والجسدية والاجتماعية والوظيفية، ويواجه هؤلاء الأطفال صراعات حول علاقاتهم، كما أنهم يحملون الكثير من مشاعر الإحباط والشعور بتدني اعتبار الذات وعدم مقدرتهم على تشكيل علاقات مع باقي أفراد المجتمع، وتعمل بعض العوامل على زيادة الأمر سوءاً كالعمر عند وقوع الحادثة ووجود أكثر من شخص معتدٍ على الطفل وعلاقة الطفل بالمعتدي وشدة الاعتداء، حيث يكون الاعتداء على الأطفال في مرحلة عمرية مبكرة أشدّ منه في حال الاعتداء في مرحلة متأخرة وخاصة إذا تعرض لذلك من قبل أكثر من شخص، أو أن يكون الاعتداء قد وقع عليهم ممن يفترض أن يقدموا لهم العناية والرعاية وبشكل رئيسي من الآباء والقائمين على رعاية الطفل، ومن أشد

التأثيرات للإساءة الجنسية أثناء الطفولة أن التطور يبدو وكأنه توقف عند العمر الذي حدث عنده الاعتداء، ويشير العالم ستيل (Steele) ١٩٨٠ إلى أن القاسم المشترك في الأسر التي يوجد بها فرد مساء له جنسياً هو غياب العلاقات الجنسية الدافئة والحانية والمليئة بالحب، كنموذج يقلده الطفل بالإضافة إلى نقص التربية الجنسية المناسبة، والافتقار إلى الرعاية التعاطفية الحانية خلال السنوات التطورية الحساسة المبكرة من العمر (علاء الدين، ٢٠١٠).

ويمكن لمقدم الخدمة الاستدلال على احتمالية وقوع الإساءة الجنسية على الطفل من خلال عدة مؤشرات منها: وجود صعوبات لدى الطفل في المشي أو الجلوس، أو وجود تقارير عن تكرار الكوابيس أو حالات التبول اللاإرادي، أو التغير المفاجئ في شهية الطفل، أو معرفته المتطورة في النواحي الجنسية أو السلوكيات الجنسية غير الاعتيادية وغير الملائمة لسنه، أو حالات الحمل غير الشرعي والأمراض التناسلية وخاصة للأطفال تحت سن (١٤) عاماً، أو هروب الطفل من المنزل، أو وجود تقارير للاعتداء الجنسي من قبل أحد الوالدين أو مقدمي الرعاية أو شخص بالغ آخر، والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال بعض المؤشرات التي يظهرها الأهل كتقييد حرية الطفل بإجراءات شديدة من الاتصال مع الأطفال الآخرين وخاصة مع الجنس الآخر، أو التكتم والعزل الشديد للطفل، أو التحكم والسيطرة على أفراد الأسرة الآخرين (ORHED, 2004).

الإهمال (Neglect):

وهو إخفاق القائم على رعاية الطفل في توفير احتياجاته النمائية في مجالات الصحة والتعليم والتطور العاطفي والتغذية والمأوى والظروف المعيشية الآمنة في سياق قدرته على ذلك، مما يؤدي فعلاً أو احتمالاً إلى حدوث أذى للطفل في صحته، أو تطوره الجسدي، والعقلي، أو العاطفي، أو والأخلاقي أو الاجتماعي، مما يشير إلى ضعف الاهتمام بالطفل وعدم القدرة على

حمايته (WHO, 1999). ويمكن أن يتضمن الإهمال أشكالاً متعددة من الإساءة كالحرمان العاطفي والحرمان من التعليم والفشل في تلبية الاحتياجات الأساسية من الغذاء والمأوى والرعاية المرتبطة بسلامة الجسم وسوء الرعاية الصحية والطبية، أو توفير الملبس المناسب مما يؤدي إلى إيذاء جسمي ونفسي، أو توفير بيئة آمنة وصحية، وقد يحمل الطفل إشارات الاضطرابات البدنية والعاطفية أو التأخر في النمو وإهمال العلاج. وقد يلاحظ المعالج التأخر في طلب العلاج أو تاريخ من الإصابات السابقة، أو سوء التغذية، أو الغياب المفرط عن المدرسة، أو محاولات التسرب، أو محاولات تعاطي المخدرات، أو الانحراف أو في حال وجود زيادة أو نقصان ملحوظ في وزن الطفل (ORHED, 2004). ومن آثار الإهمال على الطفل تدني وسوء النمو المعرفي لديه مقارنة مع الأطفال غير المهملين، كما أن لديهم شخصية غير سوية كتدني مستوى التفكير لديه بشكل ملحوظ مقارنة بزملائه أو عدم قدرته على التصرف بطريقة تتناسب مع المواقف الحياتية، إضافة إلى تدني في نموهم الاجتماعي وضعف في الجانب اللغوي والقدرة اللفظية، أو ضعف العلاقة التي تربط الطفل بوالديه، أو قذارة مظهره العام أو المرض المتكرر، أو سوء صحة الأسنان، أو الافتقار لتناول المطاعيم، أو الحاجة لأدوات طبية مثل النظارة الطبية، أو سماعة أذن وعدم توفيرها، وسلوك السرقة أو التسول (Gill, 2012). والطفل الذي يعاني من الإهمال يعاني من مشكلات في التعبير عن مشاعر الحب ولديه صعوبة في التعاون مع الآخرين، كما أنه يبالغ في تقدير صعوبات الحياة، ويستهين بقدرته الشخصية على مواجهة المصاعب، ويرى أنه لا يستطيع أن يحظى بالحب والتقدير إذا أدى أعمالاً نافعة للآخرين، فمثل هؤلاء الأطفال ينظرون للحياة كما لو كانت عدواً لهم ويعبرون عن عقدة النقص لديهم والتي يعانون منها عن طريق الشك، والعزلة، والعناد، والحقد (عبد الرحمن، ١٩٩٩).

اضطراب قلق ما بعد الصدمة (PTSD):

تم وصف اضطراب قلق ما بعد الصدمة (PTSD) لأول مرة رسمياً ضمن اضطرابات القلق في عام (١٩٨٠)، للدلالة على اضطراب نفسي خاص يتلو حدوث الصدمة وصنف كفئة مرضية مستقلة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي، في حين كانت التسمية العلمية لهذه الفئة التشخيصية من الأمراض غير محددة تماماً، وعلى الرغم من أن التسمية حديثة إلا أن المشكلة تعتبر قديمة قدم حياة الإنسان ويتضح ذلك من أن الظاهرة سجلها الأطباء والفلاسفة والمؤرخون منذ الحضارات القديمة وتناولوها بأشكال وتفسيرات عديدة مختلفة، بهدف وصف تلك الأعراض المرتبطة بردود الأفعال تجاه الضغوط كافة مهما اختلفت أنواعها. حيث تم استخدام بعض العبارات بدلاً من اضطراب قلق ما بعد الصدمة مثل: عصاب المعارك أو صدمة القصف (Shell Shock)، أو أعراض صدمة الاغتصاب (Rape Trauma Syndrome)، أو متلازمة الإساءة للطفل (Child Abuse Syndrome) (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

وقد أُدخلت عدة تعديلات على المفهوم وذلك في الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث المعدل، والرابع، فإن من أهمها: التركيز على عملية التجنب التي تعتبر مؤشراً أساسياً للدلالة على أعراض قلق ما بعد الصدمة كتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث وتجنب الوضعيات التي قد تذكر بالحدث، والتركيز على ظهور أعراض استعادة الحدث الصادم لدى الأطفال عن طريق اللعب المرتبط بالصدمة بالإضافة إلى انخفاض الرغبة في ممارسة بعض الأنشطة (Foa, 2000).

ويعد اضطراب قلق ما بعد الصدمة من الاضطرابات التي تحدث بعد التعرض لصدمة نفسية ناشئة عن حدث تعرض له شخص ما، ويحمل هذا الحدث تهديداً معيناً، حيث يفقد

الشخص قدرته على السيطرة، مما يفسر ظهور أعراض مثل: عدم الشعور بالأمن، وعدم القدرة على الإجابة عن بعض الأسئلة وغيرها من الأعراض. وتستمر أعراض الصدمة لحين تلقي الفرد للعلاج المناسب عندها تعود حالة الاتزان إليه ويتكيف مع الحدث الصادم وتستمر حياته بصورة أفضل، لكن في حال عدم التعامل مع الحدث ومعالجته بفاعلية يستمر ظهور الأعراض المختلفة والتي تنغص حياته وتؤثر على كامل نشاطاته حيث تظهر أعراض قلق ما بعد الصدمة (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١). وتشير داميان ونايلينغ ولون (Damian, Knieling, & Loan, 2011) إلى أن شدة اضطراب ما بعد الصدمة تعتمد على ثلاثة عوامل أساسية وهي: شدة الحادث الصادم، وردود فعل الوالدين ومستوى دعمهم للطفل، واستمرار تواجد الطفل قرب مكان الحدث الصادم.

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب قلق ما بعد الصدمة على أنه:" رد فعل طبيعي لأحداث غير طبيعية تتمثل بتعرض الشخص لحادث صادم واجه فيه خطر الموت، أو الاصابة البالغة، أو التهديد للذات، أو للآخرين، وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل خوف شديد، أو عجز، أو رعب، نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض واستثارة لم تكن موجوده لديه قبل تعرضه للصدمة (APA, 2000).

اضطراب قلق ما بعد الصدمة للأطفال:

تتسبب مشكلات الصدمات النفسية التي تحدث في مرحلة الطفولة في التكيف النفسي والاجتماعي للأطفال في المراحل اللاحقة من حياتهم، كما أنها تزيد من درجة الاكتئاب والعزلة وانخفاض مستويات ثقته بذاته. وقد تظهر على شكل أحلام مفزعة أو التعبير عن ذلك من خلال طريقة اللعب أو إعادة التمثيل للإساءة أو الصدمة، وقد يتصرف أطفال ما قبل المدرسة بمشاعر الخوف والقلق واللعب العنيف والكوابيس الليلية إضافة إلى اضطرابات في النوم،

ويظهر أطفال مرحلة المدرسة نفس الأعراض السابقة إضافة إلى حالات من الغضب والعدوانية ومشكلات شخصية والخوف المدرسي والحزن المزمن والاكتئاب وتدني تقدير الذات، أما المراهقين فقد يواجهون مشكلات تتعلق بتغير الشخصية وقلة التعاطف والتصرف بشكل سلبي إضافة إلى عدم القدرة على إعادة تذكر الحدث الصادم، كذلك تظهر لديهم أعراض تتعلق بالاستثارة بما فيها عدم السيطرة على المشكلات، والعديد من الشكاوى المتعلقة باضطرابات النوم، وبشكل عام فإن استجابات الأطفال تعد متغيرة وتتأثر بشكل مباشر بحسب المواقف والعديد من المتغيرات الشخصية والبيئية (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2013)، وقد يظهر الأطفال المصابين بالاضطراب مشاكل تتعلق بالانتباه البصري وتظهر عليهم اللامبالاة ويفتقرون للتعاطف و القدرة على التحديد أو الاعتراف بالمشاعر كما أنهم يتجنبون المشاعر الحميمة بشكل كامل، وغالبا ما يتحول غضبهم للداخل أو ضد الآخرين ليشكل أنواعاً من السلوكات العدوانية، ويمكن أن نلاحظ تغيراً في سماتهم الشخصية مما يقود لتفاعلهم سلباً مع آبائهم وأقرانهم، فوقع الصدمات النفسية على الأشخاص وبالأخص الأطفال منهم هو مدمر بشكل أساسي للشخصية لأنه يترك جروحاً غير ظاهرة، ويشكل اضطراب قلق ما بعد الصدمة عاملاً هاماً في حدوث اضطرابات نفسية معقدة لدى الأطفال قد تستمر لسنوات متأخرة (فايد، ٢٠٠٣).

وحسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع- المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) يمكننا تصنيف اضطراب قلق ما بعد الصدمة في حال توفر ما يلي:

أولاً: تعرض الشخص لحادث صادم يتوافر فيه ما يلي:

معايشة أو شهود خطر الموت، أو الإصابة البالغة، أو التهديد لسلامته الجسمانية، أو سلامة الآخرين، وتكون استجابته للصدمة على شكل خوف أو عجز أو ذعر شديد، ويتم التعبير عنها لدى الأطفال من خلال السلوك غير المنتظم أو المتهيج.

ثانياً: إعادة معايشة الحدث الصادم باستمرار بطريقة أو أكثر مما يلي:

ذكريات مؤلمة ومتكررة للحادث تقتحم وعيه تتضمن صوراً ذهنية أو أفكاراً أو مدركات حسية، ويتم التعبير عنها لدى الأطفال في صورة ألعاب متكررة تقترن بعناصر أو موضوعات من الصدمة، أو كوابيس مزعجة ومتكررة تدور حول الحادث الصادم، ويتم التعبير عنها لدى الأطفال في صورة أحلام مفزعة دون مضمون واضح، والتصرف أو الشعور كما لو أن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى، ويتضمن ذلك إحساساً بإعادة معايشة الخبرة، والخداعات والهلوسات أو النوبات الهستيرية، ويمكن للأطفال أن يعبروا عن ذلك من خلال إعادة تمثيل الصدمة، أو الألم النفسي الشديد عند التعرض لتلميحات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحادث الصادم أو تشبه جانباً منه، أو ردود فعل فسيولوجية عند التعرض لتلميحات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحادث الصادم أو تشبه جانباً منه.

ثالثاً: ظهور استجابة تجنبية للمثيرات المرتبطة بالصدمة لم تكن موجودة قبل ذلك، ويستدل عليها بتوافر ثلاثة أعراض على الأقل مما يأتي:

محاولة تجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات المرتبطة بالحدث الصادم، أو محاولة تجنب الأنشطة أو الأماكن أو الشخصيات التي تثير ذكريات الصدمة، أو عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الحدث الصادم، أو انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة المهمة،

أو الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين، أو ضعف النواحي العاطفية لديه بشكل ملحوظ (كالعجز عن الإحساس بمشاعر الحب)، أو الإحساس بالتشاؤم نحو المستقبل.

رابعاً: أعراض مستمرة للاستثارة الانفعالية المتزايدة لم تكن موجودة لديه قبل الصدمة، ويستدل عليها بظهور عرضين على الأقل من الأعراض الآتية:

صعوبة الدخول بالنوم أو مواصلته، أو سرعة الاستثارة أو نوبات غضب شديدة، أو صعوبة التركيز، أو اليقظة الزائدة (التوجس)، أو زيادة استجابة الإجفال.

خامساً: تستمر مدة الاضطراب (أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية المتزايدة) لأكثر من شهر.

سادساً: يتسبب الاضطراب بمعاناة دالة إكلينيكياً أو قصور في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو الجوانب المهمة في حياته.

ويمكن لاضطراب قلق ما بعد الصدمة أن يكون حاداً (Acute) إذا كانت مدة الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ومزمناً (Chronic) إذا استمرت الأعراض لثلاثة أشهر فأكثر، وتحديداً إذا تأخرت بداية ظهور أعراض قلق ما بعد الصدمة لستة أشهر على الأقل بعد التعرض للموقف الضاغط فيتم اعتبار تلك الأعراض أعراضاً مؤجلة (Deferred) (APA, 2000).

النماذج والنظريات المفسرة لاضطراب قلق ما بعد الصدمة:

تعددت النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق ما بعد الصدمة، ويعود هذا التعدد إلى تنوع أسباب الاضطراب وتداخلها مع بعضها البعض، بالإضافة إلى تعقد الظاهرة النفسية بشكل عام ومن هذه النماذج:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات الكلاسيكية التي تعاملت مع الاضطرابات الانفعالية على أساس فسيولوجي، حيث افترضت هذه النظرية أن الاضطراب مرتبط بعوامل وراثية تعتبر أهم العوامل التي تتسبب في حدوث أعراض قلق ما بعد الصدمة، وتهتم هذه النظرية بالخبرات المؤلمة والذكريات المحزنة السابقة التي تعرض لها الفرد في طفولته على اعتبارها دافعاً قوياً لمعاناته عندما يكبر ويتعرض لخبرات أو ذكريات مماثلة وشبيهة بما كان يعاني منه في طفولته حيث افترضت هذه النظرية أن الاضطراب مرتبط بجملة أسباب كالأزمات والصدمات النفسية والعلاقات السيئة التي تعرض لها الطفل من قبل والديه والتعرض إلى العقاب والتهديد والإهمال، أو من خلال عدم إشباع حاجاته الأساسية (مصطفى، ٢٠١٣). وتحدث فرويد عن وجود ثلاثة أجزاء للعقل تتمثل في الهو والتي تعبر عن الدوافع الغريزية والجنسية والعدوانية اللاشعورية، والأنا التي تعبر عن المنطق والجزء الواعي من العقل، والأنا الأعلى أو الضمير، فعندما تكون الأجزاء الثلاثة في صراع فيما بينها وخاصة بين الهو والأنا الأعلى تحاول الهو إشباع الغرائز وتعمل الأنا الأعلى على مراعاة المعايير الأخلاقية في السلوك. وتحدث فرويد عن النموذج السيكوديناميكي الذي ارتكز بشكل رئيس على التطور الجنسي النفسي، حيث يمر الطفل بالمراحل (الفمية، والشرجية، والقضيبية، والكمون، والتناسلية) فوجود صراع شديد أو عدم إشباع في أحد المراحل من الممكن أن يجعل الطفل يمضي وقتاً أكثر مما يجب فيها وهذا ما يسمى بالتثبيت، والذي يؤدي بدوره لخلق حالة من الصراع والقلق (الختاتنة، ٢٠١٢). كما أشار فرويد إلى وجود اثنتين من الخصائص الأساسية التي تعرف إليها العلماء الآن تعتبر من خصائص أعراض قلق ما بعد الصدمة وهما: التكرار أو إعادة التجربة، والإنكار أو التجنب (كالهون وريسك، ٢٠٠٢). ويتحدث أصحاب نظرية التحليل النفسي عن وجود تفاعل كبير وقوي بين خبرات الطفولة السلبية

المبكرة والأحداث والمواقف الحالية التي يمر بها الفرد والتي تحمل خبرات سلبية مشابهة لأنه يسترجع الماضي ويربطه بالحاضر ويعيش في المأساة المتشابهة، وهذه تعتبر أهم أعراض قلق ما بعد الصدمة، وتتسبب الحالة الصحية الضعيفة للفرد في حدوث أعراض قلق ما بعد الصدمة بدرجة أكبر على اعتبار عدم تكيفه لشدة وحدة الضغوط التي تواجهه، وتركز نظرية التحليل النفسي على السمات الشخصية للإنسان ولا سيما الشخصية المؤهلة بالصدمات والتي عانى صاحبها من خبرات الطفولة المؤلمة، ومن التصاقها به، واختزانها في اللاشعور عنده في عقله الباطن، والتي تكون مؤهلة لاسترجاعها على سطح الشعور والوعي إذا تعرض هذا الفرد لأحداث ومواقف مشابهة لتلك التي حدثت له في طفولته (مصطفى، ٢٠١٣).

وأشار سوليفان في مؤلفاته إلى أن الاضطراب ينشأ من خلال تفاعلات الناس في الحياة اليومية، فهو يرى أن السلوك المضطرب لا يختلف عن السلوك العادي في النوع لكنه يختلف في درجة السلوك فقط، وكذلك فإن الاضطرابات نماذج من التصرفات غير الملائمة في العلاقات الشخصية المتبادلة، فالسلوك المضطرب يظهر دائماً في علاقة الفرد مع الأفراد الآخرين، كما أنه اعتبر الأساس الفسيولوجي عاملاً مساعداً لحدوث بعض الاضطرابات وسماه الخلل البيولوجي، وركز سوليفان على الاضطراب الذي يحدث في السلوك من خلال مفهوم القلق، إذ اعتبر أن ظاهرة القلق ناتجة عن العلاقات الشخصية المتبادلة واعتبره كذلك استجابة للشعور بالنقد من قبل الآخرين، واعتبر أن ارتفاع مستوى القلق بدرجة عالية يؤدي إلى انخفاض قدرة الفرد على إشباع حاجاته واضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة مع الآخرين وتفاعله معهم، كما يؤدي القلق المرتفع كذلك إلى الخلط في التفكير. وتحدث سوليفان عن أحد خصائص قلق ما بعد الصدمة وهو التجنب والذي يظهر لدى الفرد من خلال تجنبه للمواقف والحوادث المسببة للقلق (الزيود، ٢٠٠٨).

وحاول هورويتز (Horowitz) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية تتضمن أفكاراً من النظريات المعرفية، ومعالجة المعلومات، حيث اشتملت مكوناتها الأساسية على: المعلومات، والميل إلى الاكتمال، والعبء الزائد من المعلومات، والمعالجة غير المكتملة من المعلومات. وتتلخص النظرية في أن الفرد يشعر بالارتباك عند مروره بحدث صادمٍ، مما يتسبب له بالفزع والإنهاك، فيحاول فهم معنى هذه الخبرات المختلفة، التي عادةً ما تبقى على شكل حدث في الذاكرة النشطة، ويحاول تحديد معنىً مناسب لها، ويخزنها على هيئة صورة يرسمها في مخيلته، ويستمر العقل بالعمل على تجهيز المعلومات الجديدة ومعالجتها في محاولة منه لتغير الموقف بما يتناسب معه، لذلك تبقى هذه الصورة أو الخبرة الصادمة في الذاكرة النشطة بسبب احتوائها على معلومات هائلة لا تتوافق معظمها مع الخطط المعرفية للفرد لأنها خارج خبراته العادية، لذا يجري إزاحة هذه المعلومات إلى اللاشعور، ويعمل على تجنبها كحيلة دفاعية ويحتفظ بها في اللاشعور، وعند تعرض الطفل لخبرات معينة يؤدي ذلك لاسترجاع تفاصيل الصدمة من الذاكرة النشطة مما يدفعه للانفعال بصورة حادة، وقد يسترجع الحدث الصادم عن طريق الكوابيس. كما لاحظ هورتيز أن المساندة الاجتماعية القوية والإيجابية تساعد في الحماية ضد تطور أعراض قلق ما بعد الصدمة (Dalgleish, 2004).

ثانياً: النظريات والنماذج السلوكية:

ترتبط النظرية السلوكية بنظريات التعلم التي تؤكد على مدى أهمية الاستجابة المتعلمة عند الفرد نتيجة لمثير معين تتسبب في خلق هذه الاستجابة، ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن أعراض قلق ما بعد الصدمة هي بمثابة استجابات متعلمة عند الفرد الذي يتعرض لمثير معين يمثل مؤشرات خطر أو ضرر قد يحدث له، فأي مثير ضار لأي فرد سيجعله يستجيب له بعدد من المظاهر الانفعالية في صورة أعراض واضطرابات تدل على معاناته من هذا المثير، وقد يعمم الفرد

هذا المثير على مثيرات أخرى متشابهة معه في خصائصها وشدتها وحدتها بالرغم من اختلافها معه في مصدرها، كما أن استجابته للمثير القديم يمكن تعميمها على المثيرات الجديدة ما يجعله في حالة معاناة مستمرة ومتكررة ما لم يعالج منها. (الزيود، ٢٠٠٨). وقد ظهرت العديد من النظريات والنماذج السلوكية التي حاولت تفسير ظاهرة قلق ما بعد الصدمة ومن أهم هذه النماذج نموذج كين وزيميرلينغ وكاديل (Keane, Zimmerling, & Caddell)، حيث يؤكد هذا النموذج على دور الإشراط الكلاسيكي في تطوير واكتساب الاستجابات النفسية والسلوكية لأعراض قلق ما بعد الصدمة، والتي تعد استجابة متعلمة بالإشراط الكلاسيكي، فكل مثير مرتبط بالحدث الصادم يمكن أن يصبح من خلال عملية الإشراط قادراً على إنتاج استجابة شرطية مماثلة لتلك التي تقترن بالصدمة الأصلية، ويتعلم الفرد سلوك التجنب لكي يهرب أو يمنع الاستجابة الشرطية. ويتميز النموذج السلوكي بأنه يقدم تفسيرات مناسبة لبعض أعراض قلق ما بعد الصدمة مثل أعراض الاستثارة لدى ضحايا الصدمة كالاستجابة المبالغ فيها وأعراض التجنب كتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة (كالهون وريسك، ٢٠٠٢).

ثالثاً: النظريات والنماذج النفسية الاجتماعية:

ومن أهم هذه النماذج نموذج ويلسون (Wilson) ويعتبر هو الأهم من بين النماذج النفسية الاجتماعية لأنه ركز على التفاعل بين الحدث الصادم وبين الاستجابات العادية للصدمة، وخصائص الفرد والبيئة الاجتماعية والثقافية التي يخبر بها الفرد الحدث الصادم ويسترد فيها توازنه وفاعليته، ويرتكز هذا النموذج على نموذج معالجة المعلومات ل"هورويتز" (Horowitz) الذي يركز على الفروق الفردية بين الأشخاص في تطور أعراض قلق ما بعد الصدمة، حيث يتطور لدى البعض وينجو منه البعض الآخر، فالفرد يختبر عبئاً نفسياً زائداً عن قدراته حتى تتكامل الصدمة بنجاح داخل الخطط المعرفية لديه، ويؤدي إخفاقات دفاعات الأنا وآليات المواجهة إزاء الكارثة إلى

العجز في معالجة الخبرة الصادمة، لكن البيئة الداعمة تساعد على التعامل مع الصدمة واستيعابها، ويركز هذا النموذج على التفاعل بين عوامل الفرد الشخصية والاجتماعية وعوامل الصدمة باعتبارها كلها عوامل متداخلة لتطوير قلق ما بعد الصدمة، كما يركز على أهمية المتغيرات الموقفية أي المواقع والأماكن التي حدثت فيها الصدمة. وقد حظي هذا النموذج باهتمام كبير من الباحثين بسبب قدرته على تمييز وجود علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة وتأكيده على الدور الهام الذي تؤديه العوامل البيئية والاجتماعية في نشأة وتطور أعراض قلق ما بعد الصدمة وتفاعلها مع السمات الشخصية للفرد، وكيف تقف جميعها كخط دفاع لدى الفرد لحمايته من تطور تلك الأعراض، إلا أنَّ هذا النموذج تجاهل تماماً دور العوامل الحيوية والفسيولوجية في نشأة وتطور الأعراض، ويبرز ويلسون عدة خصائص تصف الخبرة الصادمة لعلاقتها الوثيقة بالاستجابات بعيدة المدى للصدمة منها: شدة الصدمة، وسرعة الإنذار في بداية وقوع الصدمة، ودرجة الحزن والأسى، ونسبة التأثير في المجتمع بالتهديد للحياة، والتعرض للموت، والضغوطات المتعلقة بالصدمات وما فيها من دمار وموت، والدور الذي يلعبه الشخص الباقي على قيد الحياة هل هو دور سلبي أو إيجابي، ودرجة احتمالات الصراع المعنوي إزاء معاودة حدوث الصدمة والتحكم فيها وما تحدثه من معاناة لدى الفرد المصدوم (أبو عيشة وعبد الله، ٢٠١٢).

رابعاً: النظريات والنماذج المعرفية:

تحتل النماذج والنظريات المعرفية مكانة متميزة في تفسير أعراض قلق ما بعد الصدمة وذلك لدقتها وشمولها وإسهامها في تفسير نشأة هذه الفئة من الاضطرابات وفي استراتيجيات الإرشاد والعلاج المعرفي، وقد فسرت النظريات والنماذج المعرفية قلق ما بعد الصدمة من خلال عدة نماذج أساسية، حيث يفترض أنصار النظريات المعرفية أن الاضطراب يرجع إلى الطريقة التي يدرك الفرد بها الحدث ويفسره من خلال خبراته وأفكاره، ويرى أنصار النماذج المعرفية أن الاضطراب هو نمط

من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، كما ركز هذا النموذج على المتغيرات الوسيطية بين المثير والاستجابة والمتمثلة في أنماط التفكير، وفيما يتعلق بنشأة وتطور الاضطرابات النفسية عامة ومنها اضطراب قلق ما بعد الصدمة. ومن أهم النماذج المعرفية المفسرة للاضطراب: ١) نموذج بيك (Beck) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً، حيث يمتلك الأفراد العاديين صيغاً معرفية بحيث تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم والاحتفاظ بمعلومات أخرى إيجابية، أما الأفراد المضطربين فلديهم صيغ معرفية سلبية تستبعد بشكل انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات وتحافظ على المعلومات السلبية، ويعتقد بيك (Beck) أن الأفراد يطورون مثل هذه الصيغ في مرحلة الطفولة وذلك بسبب النقد والرفض المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ الأشخاص المضطربين في استعادة خبراتهم الشخصية السلبية (فايد، ٢٠٠٣).

٢) يرى إليس (Ellis) أن الأفكار اللاعقلانية التي يحملها الإنسان تلعب الدور الأساسي في حدوث الاضطراب النفسي أياً كان شكله، وأن نظام المعتقدات ونمط التفكير المحدود لدى الفرد حول مشكلة ما هو الذي يمهد لحدوث الاضطراب وليس المشكلة بحد ذاتها، وقد وضع إليس (Ellis) نظرية فسر بها آلية حدوث الاضطراب والإجراءات التي يتم بها التعامل مع الاضطرابات أطلق عليها نظرية (A.B.C)، وترمز هذه الحروف إلى الحرف الأول من كل كلمة، وهذه الكلمات تشير إما إلى حدث أو معتقدات أو إجراء علاجي، حيث تشير (A: Active event) إلى حدث نشط (مشكلة) يتعرض له الفرد يأخذ شكل حدث أو خبرة أو تجربة حياتية قاسية مثل الإساءة، وهذا الحادث يكون ضمن وعي الفرد، وتمثل (C: The emotional Consequence) النتيجة أو ردود الفعل والتي تتميز بالعاطفة أو الانفعال، ويرى إليس أن (A) الحدث النشط لا تتسبب في

حدوث (C) النتيجة الانفعالية ولكن (B: Believe system) وهي نظام المعتقدات والقيم والاتجاهات لدى الفرد الذي يؤثر على تصور الفرد للحدث النشط (A) هي غالباً ما يسبب (C) وهي الاستجابة الانفعالية،. ويصر إليس (Ellis) على أن اللَّوم هو السبب الجوهري لمعظم الاضطرابات الانفعالية، ولذلك حتى نستطيع التخلص من الأمراض العصابية أو الاضطرابات في الشخصية فمن الأفضل التوقف عن لوم أنفسنا والآخرين، وبدلا من ذلك فمن المهم أن نتعلم تقبل أنفسنا بالرغم من عثراتنا (كوري، ٢٠١١).

خامساً: النظريات والنماذج الحيوية العصبية والبيولوجية:

يوضح هذا المنحنى أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأفراد ذات منشأ بيولوجي- فسيولوجي حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك، فالاضطرابات السلوكية والانفعالية حسب هذه النظرية تعود في أسبابها إلى عوامل عصبية، أو جينية، أو بيوكيميائية، أو فسيولوجية، فالاختلال في التوازن الكيميائي للدماغ يؤدي إلى أشكال اضطراب السلوك لدى الفرد مما ينتج عنه خلل في عملية التوصيل بين الخلايا العصبية، فمن المعروف أن التوصيل العصبي بين الخلايا العصبية يتم من خلال مواد كيميائية تسمى النواقل العصبية، فحدوث اضطراب في كيمياء الدماغ سيقود إلى سوء الأداء الوظيفي الأمر الذي يتسبب في الاختلال السلوكي أو النفسي، كما أن الاختلال في كمية النواقل العصبية من حيث الزيادة أو النقصان يرتبط إلى درجة كبيرة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الفرد كما هو الحال في الاضطرابات المزاجية، أما الخلل في إفرازات الغدد فينعكس سلباً على نمو الأفراد وفي أدائهم النفسي والسلوكي، فحالات التهيج وسرعة الاستثارة تحدث بسبب نقص هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أما هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية فإنه يسبب الخوف والقلق والغضب والميل للهجوم والانسحاب،

كذلك فإن الخلل في وظائف الخلايا العصبية لبعض مناطق الدماغ أو تعرضها للتلف قد يتسبب في خلل في الأنماط السلوكية والتي قد تظهر على شكل اضطرابات سلوكية (مصطفى، ٢٠١٣).

ويرى أصحاب النظريات الحيوية والبيولوجية أن الفرد عندما يتعرض لضغط شديد يحدث لديه تغييرات في نشاط الناقلات العصبية مما ينتج عنه أعراض قلق ما بعد الصدمة، كما أن النقص في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الأدرنالين يفسر أعراضاً مثل فقدان الإحساس باللذة، والانسحاب الاجتماعي، والخدر الوجداني، وركز هذا النموذج على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي، مما قد يسبب تلفاً أو تغييراً في المسار العصبي، فالتنبيهات الحادة التي قد يخبرها الشخص في الأحداث الصادمة قد تسبب له تدميراً أو تغييراً في المسار العصبي (كالهون وريسك، ٢٠٠٢). ويرى أصحاب المنحى البيولوجي أن الجانب الوراثي وبعض الخصائص والسمات الموروثة والاستعداد للاستجابة للضغوط تتسبب في ظهور الاضطراب، ويمكن للعوامل الجينية أن تقف وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الأفراد أو اعتماداً على نوعية الجينات التي تنقل إليهم من الوالدين، وقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد (الختاتنة، ٢٠١٢). كما أن مرور الطفل بخبرة صادمة يزيد من خطر تطوير اضطراب قلق ما بعد الصدمة حيث أشار تصوير الأعصاب للأطفال المصابين بالاضطراب أن ذلك الأمر يترافق عادةً مع الآثار المورفولوجية مثل انكماش حجم المخ والذي يولد بدوره صعوبات في التركيز واضطرابات الانتباه والقصور أو الخلل في التفكير المجرد والسلوك الاندفاعي والمتهور (Impulsiveness) أو اضطراب التناسق النمائي (Developmental Coordination Disorder) (Damian, Knieling, & Loan , 2011). إلا أن هذا النموذج تجاهل تماماً تأثير البيئة الخارجية والعوامل البيئية والسياق الاجتماعي وأساليب التنشئة الاجتماعية

المختلفة التي من شأنها أن تسهم بشكل أو بآخر في نشأة وتطور أعراض قلق ما بعد الصدمة، كما أنها لم تعالج البداية المتأخرة وتأثير المتغيرات الوسيطة والفروق الفردية في الاستجابة للصدمة (الختاتنة، ٢٠١٢).

الأساليب العلاجية التي تعاملت مع الإساءة للأطفال:

العلاج المعرفي السلوكي المركز على الإساءة (Abuse Focused Cognitive Behavioral Therapy AF-CBT):

وهو أحد العلاجات التي تعكس التكامل بين إجراءات العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والأنظمة الأسرية في محاولة لاستهداف الأطفال وأسرهم وخصائصهم النفسية التي لها علاقة بخبرة الإساءة، ويمكن استخدام هذا العلاج للوقاية من الآثار التي تتبع الإساءة الجسدية والتقليل من الأعراض التي يمكن أن يظهرها الأطفال بعد تعرضهم للاعتداء. (Kauffman foundation, 2004). ويمكن القول أن هذا العلاج صمم بالدرجة الأولى لمقدمي الرعاية الذين يظهرون مستويات عالية من الغضب المتزايد والعنف تجاه أطفالهم ويفتقرون للمهارات الوالدية الفعالة في التعامل مع أبنائهم ويلجؤون لاستخدام أساليب العقاب البدني والعنف مع أبنائهم (The National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2007).

العلاج المركز على الطفل (CCT):

وهو أحد النماذج العلاجية التي تركز على الطفل ووالديه، في محاولة لإقامة علاقة علاجية فيما بينهم، تقوم على الثقة، وتأكيد الذات، والتمكين، وتوطيد العلاقة بين الطفل ووالديه. ويتفق هذا العلاج مع العلاجات الأخرى التي استخدمت مع حالات الاغتصاب وعلاج الأطفال المساء إليهم جنسياً، في تطوير هؤلاء الأطفال وآبائهم لصعوبات وتحديات كبيرة جرّاء تعرضهم لهذه الخبرة، وفقدان الثقة نحو الآخرين. ويهدف هذا العلاج للتقليل من هذه الصعوبات، وإنهائها من خلال

إنشاء علاقة قائمة على الثقة بين الطفل ووالديه، وتشجيعهم على توجيه محتوى وبنية العلاج الخاص بهم بأنفسهم، بحيث يختارون بأنفسهم كيفية وإمكانية وتوقيت معالجة جوانب الاستغلال الجنسي للطفل بدلاً من قيام المعالج باتخاذ هذا القرار. في هذا النموذج يوظف المعالج مهارات الإصغاء الفعَّال، وعكس المحتوى، والتعاطف، والتشجيع على التعبير عن المشاعر، مع الإيمان بقدرة الطفل ووالديه على وضع استراتيجيات التكيف الإيجابي للتعامل مع الصعوبات التي تواجههم، في حين يقدم المعالج تفسيرات محدودة عندما تقتضي الحاجة، مع العمل على معالجة بعض الصعوبات، فيقدم التشجيع للطفل ووالديه للعمل على إعادة صياغة الاستراتيجيات التي تهدف لتغيير السلوك بدلاً من تقديم الحلول الجاهزة عن طريق المعالج.

العلاج المعرفي السلوكي (CBT):

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بدمج طرق وأساليب متعددة من الفنيات، حيث تبدأ بمعالجة المشاعر المشوهة للمسترشدين والكشف عن علاقتها بأنماط التفكير والسلوك، وتشتمل الأشكال المتعددة التي يستعملها المعالجون على الجوانب المعرفية والخيال والجانب العاطفي والسلوكي والعلاقات الشخصية البينية، والمعالجون مرنون وخلاقون في طريقة استعمال الوسائل والطرق وكذلك يتأكدون من مناسبة التقنيات للحاجات الخاصة بكل مسترشد وتهدف التقنيات المعرفية لاتخاذ خطوات ناجحة من أجل استبدال المعتقدات والأفكار غير المنطقية والمشوهة بأخرى منطقية وغير مشوهة (كوري، ٢٠١١). وتشتمل التقنية الانفعالية على استخدام إجراءات متنوعة تشمل التقبل غير المشروط ولعب الأدوار وتقديم النموذج والتخيل والتمارين لمواجهة الشعور بالخجل والخزي (الختاتنة، ٢٠١٢). أما التقنيات السلوكية فيستخدم فيها معظم الإجراءات السلوكية التقليدية كالإشراط الإجرائي وتقليل الحساسية التدريجي وتقنيات الاسترخاء والنمذجة والتعريض والواجبات المنزلية السلوكية التي يتم تنفيذها في مواقف حياتية عملية، وفي

بعض الأحيان يقوم المسترشدون بتمثيل الأشياء التي يخافون منها بشكل دراماتيكي حتى تصبح أموراً عادية ولا تعود تشكل لهم خبرة مخيفة (كوري، ٢٠١١).

العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (Parent- Child Interaction Therapy- PCIT):

وهو أحد التدخلات الأسرية المدعومة والفعالة والتي استخدمت مع الأطفال من سن (٢–٨) سنوات، حيث قامت شيلا آيبيرغ (Sheila Eyberg) من جامعة فلوريدا بتطوير هذا العلاج بالاستناد لمفاهيم نظرية التعلم الاجتماعي، والعلاج باللعب، ونظرية التعلق، بهدف تعزيز العلاقة بين الطفل ووالديه، وخفض المشاكل السلوكية للأطفال وزيادة سلوكياتهم الاجتماعية، وتحسين المهارات الوالدية لدى الآباء، وقد استخدم العلاج لتقليل اضطرابات السلوك التي تنتج عن العنف الأسري والإساءة والإهمال واستخدام استراتيجيات التأديب والإفراط في العقاب البدني، وصنف العلاج على أنه أحد أفضل العلاجات المستخدمة مع الأطفال المساء لهم جسدياً من قبل أسرهم، ويتم تنفيذ العلاج على مرحلتين الأولى تسمى "التفاعل الموجه للطفل" (Child Directed Interaction- CDI) والتي يتم فيها تطوير مهارات التفاعل لدى الآباء والأمهات والتي يكون محورها الأساسي هو الطفل، وتسمى المرحلة الثانية "بالتفاعل الموجه للآباء" (Parent-Directed Interaction- PDI) ويتم فيها التركيز على مهارات الانضباط للآباء بالإضافة لإعطاء اهتمام مماثل لتطوير العلاقة بين الطفل ووالديه مع العمل على تنمية المهارات الوالدية والتحكم بسلوكهم، ويهدف العلاج بشكل أساسي للعمل على تنمية التفاعلات الإيجابية بين الطفل ووالديه من خلال الواجبات البيتية اليومية، والتركيز على لعب الدور، والتدريب على مهارات جديدة بشكل أسبوعي، ويتم تطبيقها أثناء الجلسات مع أطفالهم مباشرة مما يتيح الفرصة للمعالجين لإجراء عملية التقييم باستمرار والحصول على التغذية الراجعة بشكل فوري، ويستخدم المعالج مهارات عدة كالنمذجة

والتعزيز والانتباه الانتقائي ويقدم التغذية الراجعة ويلاحظ سلوك الآباء ويعيد تشكيله ويعدل ما يراه مناسباً (CWIG, 2013; Kauffman foundation, 2004).

العلاج من خلال تقليل الحساسية بحركة العيون (EMDR):

وهو شكل من أشكال العلاجات النفسية التي تهدف بشكل أساسي للحد من التوتر المرتبط بالصدمات النفسية والقلق والاكتئاب وأعراض قلق ما بعد الصدمة، فقد قامت فرانسين شابيرو (Francine Shapiro) بتطوير هذا النوع من العلاج استناداً للعلاج المعرفي السلوكي والعلاجات التي تركز على الجسم، حيث ترى أن حركات العين يمكنها أن تقلل من حدة الأفكار المزعجة، فالعلاج يشتمل على تذكير بالأحداث الماضية التي تتسبب بحالة القلق، وتعيد برمجة الذاكرة في ضوء ذلك بشكل إيجابي، وتستخدم حركات العين السريعة لتسهيل هذه العملية، ويفترض العلاج أن جميع الأشخاص لديهم نظام لمعالجة المعلومات والذكريات السلبية وربطها مع سلوكيات وعواطف ومعلومات أكثر تكيفاً، ويتم العلاج وفق خطوات محددة كما يأتي: أولاً: يأخذ المعالج تاريخا دقيقاً شاملاً للمريض ليكتشف المشكلة وسلوكها السلبي و أعراضها للوصول إلى خطة العلاج، ثانياً: يتعلم المريض أساليب معينة للاسترخاء، وتهدئة النفس، للتعامل مع أي ذكريات مزعجة أو أحداث صادمة أثناء جلسات العلاج، ثالثاً: يختار فيها المريض صورة أو مشهداً من الحادث الذي كان سبب الصدمة، بحيث يكون محدداً مسبقاً ثم يكون جملة تعبر عن اعتقاد ذاتي سلبي مقترن بالحادث، رابعاً: ويطلب أثناء هذه العملية من المريض التفكير والحديث عن الذكريات والمثيرات والمشاعر المؤلمة والمعتقدات السلبية المرتبطة بالحادث الصادم في الوقت نفسه الذي يركز فيه على أصبع المعالج الذي يتحرك ذهاباً وإياباً، خامساً: يركز المعالج أثناء العلاج على إزالة الحساسية لدى المريض عند الحديث عن العواطف والمشاعر المقترنة بالذكريات المؤلمة. وتتراوح مدة العلاج من (٣-١٢) جلسة اعتماداً على تأثير وقوة الصدمة، ويدمج العلاج بين عناصر

العلاج المعرفي السلوكي مع حركات العين أو غيرها من الأشكال الإيقاعية مع التحفيز يميناً ويساراً، ويتطلب العلاج العمل ضمن ثماني مراحل مع المعالج لتحقيق نتائج ذات فائدة عالية ولأطول مدة ممكنة (National Registry of Evidence-based Programs and Practices [NREPP], 2012)

العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy- TF-CBT):

يعد أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF- CBT) من أهم وأحدث الأساليب العلاجية المصممة للتعامل مع الآثار النفسية السلبية للأطفال المساء لهم جسدياً وجنسياً (Cohen & Mannarino, 2008) .

قامت كوهين (Cohen, 2005) بتطوير هذا النوع من العلاج استناداً لنموذج من العلاج النفسي الذي يعالج الاحتياجات الفريدة من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أعراض قلق ما بعد الصدمة وما يتصل بها من مشاكل انفعالية وسلوكية، ويتم من خلال تطبيق الأطر المعرفية والسلوكية والإنسانية والدعم النفسي والعلاج الأسري، وقد استخدم العلاج في البداية لمعالجة الصدمات النفسية المرتبطة بالاعتداء الجنسي وتم استخدامه فيما بعد مع الأطفال الذين لديهم مجموعة واسعة من التجارب المؤلمة بما فيها العنف الأسري أو الخسارة المؤلمة وضحايا الحروب والصدمات المتعددة كالاكتئاب (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014; Deblinger et al, 2011; Hartman, 2011; Scheeringa et al, 2011; Feather & Ronan, 2009)، ومع ضحايا الكوارث الطبيعية (Jaycox et al, 2010) وحالات القلق والرهاب (Jongh, Holmshaw, Carswell, & Wijk, 2011) مما يظهر لنا فاعلية العلاج وتنوع استخداماته. ويعد أسلوب العلاج المركز على الصدمة أحد النماذج التي استخدمت بشكل

كبير مع عدة فئات، مثل حالات الصدمات النفسية المعقدة لدى الشباب والتعرف إلى فاعليته في تقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة وأجريت عليه بعض التعديلات مما أشار إلى تفوق هذا النموذج في التعامل مع حالات الصدمات المعقدة لدى الشباب بنجاح (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012). وقد تم تصميم هذا النموذج من العلاج بحيث يقوم المعالجين المدربين بتقديم جلسات علاجية للأطفال وآبائهم وتقديم المهارات الوالدية، وهي عملية يكتسب خلالها الآباء والأمهات مجموعة من المعلومات والمهارات الخاصة بالتعامل الفعال مع مشكلات الطفل وتوفير المتطلبات النمائية خلال المراحل النمائية المختلفة، وما يتضمنه من توفير الجو الأسري المناسب لنمو وتطور الطفل السويّ بما يضمن تطوير إمكانياته إلى أقصى درجة ممكنة، وتوفير وإدامة وإقامة فرص التعلم والتطور النفسي والاجتماعي والخلقي والحسي والجسدي، وأثناء مراحل عملية التربية الوالدية يتم تعديل مجموعة من الاتجاهات السلبية لدى الآباء حول الطفل وطبيعته وطرق معالجة المشكلات السلوكية وأسبابها، ويحتاج الطفل للعديد من الممارسات الأسرية التي سيتم التدريب عليها وتمارس من قبل أفراد الأسرة لمساعدته على اكتساب قيم وعادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش به، ومن هنا تنبع أهمية تدريب الأهل على أساليب التربية الصحيحة، وضمن هذا المجال توجد العديد من الاتجاهات والآراء التي تؤكد على أهمية أن يحظى الطفل بالرعاية السليمة من قبل الأهل حيث أن ممارسة أنماط من أساليب التربية الخاطئة غير الصحيحة قد ينعكس سلباً على الطفل، ومن هنا نجد أهمية انتباه الأهل للممارسات التربوية الصادرة عنهم وأثرها السلبي على شخصية الطفل وأنماط سلوكه الحالية والمستقبلية (مؤسسة الملك حسين،٢٠١٠)، ويشتمل العلاج على مهارات: الاسترخاء، والتكيف المعرفي، والتنظيم، وسرد الصدمة، والتعرض، وتعزيز السلامة، والتنمية في المستقبل، بحيث يتم التقليل من أنماط السلوك السلبية والاستجابات الانفعالية نتيجة هذه الصدمات. وتم تصميم هذا

النوع من العلاج خصيصاً لتلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من صعوبات انفعالية ونفسية مستخدمين الاستراتيجيات السلوكية المعرفية والأسرية بحيث يتم تعليمهم كيفية التعامل مع الانفعالات والأفكار التي تتعلق بتجاربهم المؤلمة بحيث تقدم لهم الأدوات اللازمة للتخفيف من الأفكار السلبية التي تسبب التوتر والقلق والاكتئاب، وتدرس كيفية التعامل مع مشاعرهم وتطوير مهارات الاتصال لديهم بطريقة صحية (NCTSN, 2004). ويتميز العلاج عن غيره من الأساليب العلاجية باحتوائه على عدة مهارات تتصف بالمرونة، وإمكانية مشاركة الأسرة واعتبار الآباء عنصرا هاماً للعلاج وتحسين التواصل والعلاقة والتفاعل بين الوالدين والطفل يعد محورا مهما ورئيسيا، كما أن العلاقة العلاجية تعد من العوامل الرئيسة في استعادة الثقة مع الطفل ويتطلب ذلك من المعالج إظهار التعاطف والتقبل خلال فترة العلاج (Little, Akin-Little, & Gutierrez, 2009).

ويتم خلال العلاج توفير البيئة الآمنة والمستقرة والتي تعمل بدورها على تمكين الطفل من الكشف عن تفاصيل الصدمة واستخدام النظريات التي تظهر التشوهات المعرفية وخاصة تلك المرتبطة بالمواقف الضاغطة، وبالتالي تقديم المهارات اللازمة لمساعدتهم على التعامل مع الآثار النفسية الناجمة عن الصدمة، ويوظف الأسلوب مجموعة من التكنيكات السلوكية بهدف إحداث تغييرات في العادات وردود الفعل المرتبطة بالموقف الصادم، ويتم من خلال الجانب الأسري تحديد أنماط الاتصال والتفاعل الأسري بين الأفراد وخاصة من تعرض لنفس الموقف وبالتالي نسهل تحديد وعلاج المشكلة (CWIG, 2007).

ويمكننا أيضا توظيف الأسلوب العلاجي في العمل على تقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة والتي تظهر على شكل ردود فعل انفعالية وجسمية والتي تنجم عن ذكريات أو تذكر الصدمة والتي تؤدي إلى سوء التكيف وأعراض أخرى كالأفكار والذكريات الاقتحامية المزعجة أو الأحلام

والكوابيس وتجنب الأشياء والمواقف والأشخاص الذين يذكرون بالصدمة وردود الفعل الجسدية الأخرى. كذلك يعمل العلاج على إدخال التحسن على حالات الاكتئاب، والقلق، والمشاكل السلوكية، والسلوك الجنسي، والعلاقات مع الآخرين، والكفاءة الاجتماعية، والصدمات المتعلقة بمواقف محرجة للطفل المساء له (Cohen & Mannarino, 2008).

وهناك أدلة تشير إلى فعالية هذا الأسلوب العلاجي في التقليل من هذه الأعراض لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للإساءة (Cohen et al, 2006; Deblinger et al, 2006; Feather & Ronan, 2009)، كما أن مشروع كوفمان وصف أفضل أنواع العلاج المستخدمة في حالات الإساءة بعد القيام باستعراض المصادر ذات الصلة بالإساءة والتي شملت المصادر في جامعة كولورادو بولدر ومنشورات مكتب إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم مع استعراض (٢٤) نوعاً للعلاج والتي تستخدم مع الأطفال المعتدى عليهم، وتصنيفهم إلى واحدة من ست فئات حسب قوة العلاج، وقد صنف العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) ضمن الفئة الأكثر قوة وفعالية ووصف بأنه "علاج فعال ومدعوم دعما جيداً" وخلال عملية التقييم تم التوصل إلى أن هذا العلاج (TF-CBT) من أفضل ثلاثة أساليب علاجية وهي العلاج المعرفي السلوكي المركز على الإساءة (AF-CBT)، والعلاج التفاعلي للآباء والأطفال (PCIT) ، من بين (٢٤) نوعاً من العلاج المستخدمة مع الأطفال المساء إليهم (National Crime Victims Research & Treatment Center- NCVRTC, 2007; Kauffman foundation, 2004). ويتم باستخدام الاستراتيجيات السلوكية المعرفية والأسرية تعليم الأطفال والآباء كيفية التعامل مع الانفعالات والأفكار التي تتعلق بتجاربهم المؤلمة من خلال التدريب على المهارات اللازمة للتخفيف من الأفكار السلبية التي تسبب التوتر والقلق والاكتئاب والوعي بالانفعالات وكيفية التعامل معها وتطوير مهارات الاتصال لديهم بطريقة

صحيحة. ويشير كل من كوهين و مانارينو (Cohen & Mannarino, 2008) إلى مكونات العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة من خلال الأحرف الأولى لكلمة ممارسة (PRACTICE) والذي يشير كل حرف فيها إلى أحد مكونات العلاج، ويشتمل حرف (P) على التعليم النفسي حول الآثار النفسية للإساءة وأعراض الصدمة (Psycho-Education): حيث يقوم المرشد بتزويد المشاركين بالمعلومات والمعارف الحقيقية واللازمة حول الآثار المترتبة على الإساءة الجسدية (أعراض قلق ما بعد الصدمة وردود الفعل المتوقعة للأطفال)، كما يمكن من خلال هذا المكون تقديم معلومات أساسية حول أنواع الإساءة وآثارها النفسية، وتثقيفهم فيما يتعلق بالعنف الأسري وبدائل العقاب البدني، وبالتالي يتوصل الأهل للتمييز بين ردود الفعل الطبيعية وغير الطبيعية المتوقعة جرَّاء تعرض طفلهم للإساءة الجسدية وبالأخص أعراض قلق ما بعد الصدمة التي تعد من الأعراض الأكثر خطورة على حياة الطفل. ويتكون الجزء الثاني للحرف (P) من التدريب على المهارات الوالدية (Parenting Skills): ويهدف هذا المكون لأن يكتسب المشاركين المهارات الوالدية اللازمة للتعامل مع أطفالهم بهدف التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية التي تعرض لها الطفل، بحيث يستخدم الأهل هذه المهارات في مواقفهم الحياتية اليومية أثناء تعاملهم مع أطفالهم، ويتعرفوا على أهم المواقف التي يستحق الطفل أن يعزز فيها، مع إتقانهم لأهم المهارات اللازمة لذلك. ويشير الحرف الثاني من كلمة (PRACTICE) (R) إلى التدريب على مهارة الاسترخاء وإدارة الضغوط (Relaxation Stress Management Skills): يهدف هذا المكون لتدريب الأطفال على ممارسة وتطبيق أساليب الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي للتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية التي تعرضوا لها، وتعريف الأطفال على أهمية هذه التمرينات ودورها الفعال في التخفيف من التوتر الناتج عن الإساءة الجسدية، وإتقان هذه التمارين وممارستها في حياتهم

اليومية وعند تعرضهم لمواقف تتسبب لهم بالتوتر. ويشير الحرف (A) إلى التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation): ويسعى هذا المكون لأن يعبر الأطفال عن مشاعرهم بفعالية أكبر وفي جو آمن وزيادة قدرتهم على التعبير وتعديل مشاعرهم المرعبة وتقليل استخدام استراتيجيات التجنب، حيث يتعرف فيه الأطفال على مشاعرهم ويتقنون طرقاً جديدة يعبرون من خلالها عن مشاعرهم سواءً كانت إيجابية أم سلبية وتوجيههم لبعض الطرق التي يمكنها أن تسهم في التخفيف من حدة التوتر والتنفيس الانفعالي وتطبيق ذلك بشكل عملي. أما حرف (C) فيشير إلى التوافق المعرفي والمعالجة (Cognitive coping and progressing): و يستطيع الأطفال خلال هذا المكون التمييز بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، وبالتالي اكتشاف الأفكار غير العقلانية وتصحيحها وتوليد أفكار عقلانية بديلة. ويشير الحرف (T) إلى سرد حالة الإساءة (Trauma Narration): ويتم في هذا المكون تشجيع جميع الأطفال على سرد ومناقشة قصصهم الخاصة وتجاربهم الشخصية في جو آمن والتعبير عنها لفظياً وكتابياً مع الحديث عن مشاعرهم التي مروا بها أثناء هذه التجربة، مع تشجيع الأطفال على محاولة تذكر كل التفاصيل كما لو أنها حدثت الآن، مع العمل على وصف أسوأ لحظة، وأسوأ ذكرى، وأسوأ جزء من حادثة الإساءة التي مر بها. ويشير الحرف (I) إلى التعرض بالواقع للتمكن من التعامل الفعال مع المثيرات المرتبطة بالإساءة (In vivo mastery of trauma Reminders): ويتعلم الطفل في هذا المكون كيفية مواجه المثيرات المرتبطة بالإساءة والتي لم تعد تشكل خطورة على حياته مع إمكانية حديثه عن الجوانب التي كانت تسبب له الخوف والقلق والعمل على مواجهتها بالتخيل أو على أرض الواقع بحيث يعمل الطفل على ترتيب الأحداث من الأقل إلى الأكثر تسبباً بالقلق، ونعيد خلق الظروف التي شكلت التجربة المؤلمة والحديث عن المواقف التي تتسبب بالقلق والذي يشتمل على الانتقال بالمريض تدريجياً

من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة، مع تهويل الأمر وذلك بهدف إبقاء الطفل في حالة من القلق الشديد أطول مدة ممكنة وتقديم التعزيز المناسب. بينما يشير الحرف (C) إلى إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه (Conjoint child parent sessions): ويسعى هذا المكون لتقوية العلاقة الآمنة ما بين الطفل ووالديه في ضوء سرد خبرة العنف والإساءة أمامهم، ويعيد الطفل سرد حادثة الإساءة في جلسة مشتركة مع مقدم الرعاية يقوم والد/ة الطفل بتقديم الدعم اللفظي والمعنوي المناسب للطفل عند سرد قصة الإساءة التي كتبها مع إمكانية مناقشة الطفل أسرته وسؤالهم بعض الأسئلة التي تدور في ذهنه حول موضوع الإساءة في جو آمن ومتقبل. وأخيراً يشير الحرف (E) إلى تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Enhancing future safety and development): حيث يمتلك الأطفال خلال هذا المكون كفاءة عالية للتعامل مع أي مواقف مستقبلية صادمة وتقليل مخاطر أن يصبحوا ضحايا في المستقبل من خلال امتلاكهم للمهارات التي تعزز من شعورهم بالكفاءة الذاتية والاستعداد والشعور بالأمان، مع إتقانهم لمهارات الاتصال اللازمة للتعبير عن الخبرات المخيفة والمشوشة، وتعبيرهم عن مشاعرهم ورغباتهم بوضوح وصراحة، والتعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر لهم الأمن والسلامة (CWIG, 2007).

خلال ما سبق تم استعراض عدد من الأساليب العلاجية المتخصصة في التعامل مع حالات الإساءة بمختلف أشكالها، أو الحوادث الصادمة، أو وحالات العنف الأسري، بصورة موجزة، بهدف إلقاء الضوء عليها، وإجراء مقارنة بينها وبين الأسلوب العلاجي الذي تم استخدامه خلال هذه الدراسة والمتمثل بالعلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT)، والذي تم الحديث عنه بشكل أكثر تفصيلاً. وبهذا الشكل نتيح الفرصة لأي باحث من إجراء بحوث علمية تتعلق بأي من هذه الأساليب العلاجية الحديثة، وإثراء مكتباتنا بها.

الفصـل الثـالث

الطريقـــــــة والإجـــــــراءات

يتناول هذا الفصل أفراد الدراسة وكيفية اختيارهم والأدوات التي تم الاعتماد عليها لجمع البيانات متضمنة أدلة صدقها وثباتها، كما يتناول هذا الفصل الإجراءات التي اتبعت في تطبيق الأداة وتصحيحها والبرنامج العلاجي المستخدم والأساليب الإحصائية.

أفراد الدراسة:

تكونت الدراسة الحالية من (٢٤) طفلاً من الذكور الأردنيين المساء لهم جسدياً، تراوحت أعمارهم ما بين (١٠-١٢) سنة، وجميعهم طلاب منتظمون في مدارسهم، كما أن أوضاعهم الاقتصادية ودخلهم الشهري ضمن مستوى المتوسط، إضافة لأحد القائمين على رعايتهم واللاتي تمثلن بأمهات الأطفال، تم اختيارهم اعتماداً على نتائج تطبيق قائمة قلق ما بعد الصدمة على (٤٠) طفلاً من نفس العمر، من المراجعين لمؤسسة إسكان جبل طارق في مدينة الزرقاء للتوعية والإرشاد الأسري، ومؤسسة مستقبل سوريا الزاهر، التي تقدم خدمات الإرشاد والتأهيل النفسي في مدينة عمان، للتعامل مع مشكلاتهم النفسية والاجتماعية الناجمة عن تعرضهم للإساءة الجسدية من قبل أحد أفراد في أسرهم، ويقيم هؤلاء الأطفال في المناطق المجاورة لهذه المراكز، حيث تم تطبيق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة على الأطفال في المؤسستين وعددهم (٤٠) طفلاً نظراً لعدم توفر العينة الكافية ممن تنطبق عليهم الشروط في مؤسسة واحدة، وتم اختيار (٢٤) طفلاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات على القائمة وتراوحت درجاتهم ما بين (١٢ و ٢٤) وهي درجات توازي الدرجة المتوسطة، والمرتفعة، وفقاً للدرجة الكلية، والدرجة على كل بعد من أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة، كما هو موضح في الجدول (٢) ، وتم توزيعهم قصدياً على مجموعتين بناءً على مكان سكنهم.

المجموعة التجريبية:

اشتملت على (١٢) طفلاً تم إخضاعهم للبرنامج التدريبي العلاجي المركز على الصدمة في مؤسسة إسكان جبل طارق في الزرقاء.

المجموعة الضابطة:

اشتملت على (١٢) طفلاً من مركز مستقبل سوريا الزاهر في مدينة عمان، لم يخضعوا لأي برنامج علاجي خلال فترة إجراء الدراسة، حيث وضعوا على قائمة الانتظار، وبعد الانتهاء من تطبيق كامل إجراءات الدراسة، قامت المرشدة في المركز بتقديم البرنامج العلاجي لهم بعد أن تم تدريبها عليه.

قام الباحث بفحص الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على الاختبار القبلي للتأكد من تكافؤ المجموعتين باستخدام اختبار ت (t) للعينات المستقلة، والجدول رقم (١) يبين ذلك:

جدول (١): اختبار (ت) للعينات المستقلة على الأبعاد الرئيسية مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة حسب متغير المجموعة

البعد	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	
إعادة معايشة الحدث الصادم	2.55	0.24	2.43	0.4	0.83
التجنب	4.76	0.43	4.65	0.32	0.46
الإثارة الانفعالية الزائدة	3.76	0.37	4.34	0.23	0.72
الأعراض النفسية الأخرى	5.63	0.65	5.54	0.37	0.76
الكلي	16.70	2.69	16.96	0.96	0.12

يلاحظ من الجدول (١) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ على الابعاد الرئيسية لمستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة حسب متغير المجموعة وعلى البعد الكلي مما يشير الى تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق البرنامج.

أدوات الدراسة:

قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (PTSS- C):

والمطورة من قبل أحمد وزملاؤه (Ahmad et al, 2000)، حيث استند فيها لمعايير الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM- IV)، واستخرج دلالات الصدق والثبات للقائمة من خلال تطبيقها على مجموعتين من الأطفال وعددهم (٩٩ طفل وطفلة) ممن تعرضوا لعدة تجارب مؤلمة وصادمة، وقام أحمد وزملاؤه (Ahmad et al, 2000) باستخراج الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ والذي تراوح ما بين (0.88– 0.83)، واستخرجت دلالات الصدق من خلال تطبيق الأداة على (٢٣) طفلاً من ضحايا حادثة الأنفال في العراق ممن تم تشخيصهم بشكل سابق بمعاناتهم من مستويات مرتفعة من أعراض قلق ما بعد الصدمة بالاعتماد على قائمة ردود الفعل لاضطراب قلق ما بعد الصدمة للأطفال (Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction- Index CPTSD-RI). ويشير الملحق رقم (٣) الى قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال بالصورة الأصلية التي وضعها أحمد وزملائه (Ahmad et al, 2000)، وقام كل من ضمرة وأبو عيطة (٢٠١٤) بترجمتها للغة العربية، وتحققا من صدقها من خلال عرضها على عدد من الخبراء، واستخرجا الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ والذي بلغ (0.78)، والثبات باستخدام إعادة الاختبار، بفاصل زمني لمدة أسبوعين بين التطبيق الأول والثاني، بلغ فيه معامل الارتباط (0.87)، وقام كل من ضمرة وأبو عيطة (٢٠١٤)، وضمرة وزملاؤه (,Damra, Nassar, & Ghabari , 2014) وميزوريل وزملاؤه (,Misurell, Springer, & Tryon 2011) باستخدام القائمة في دراساتهم، مما يشير إلى تمتع القائمة بالموثوقية والصدق والثبات لأن تستخدم لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينات من الأطفال ضمن البيئة

الأردنية. تألفت القائمة من (٣٠) فقرة يتم الإجابة عنها بنعم أو لا بحيث يتم تخصيص (١) للإجابة نعم و(٠) للإجابة لا. وتتوزع القائمة على أربع أبعاد مختلفة:

١. إعادة معايشة الحدث الصادم وعدد فقراته (٤)، تمثله الفقرات: (١، ٢، ٣، ٤).

٢. التجنب وعدد فقراته (٧)، تمثله الفقرات: (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧).

٣. الإثارة الانفعالية الزائدة وعدد فقراته (٦)، تمثله الفقرات: (٨، ٩، ١٠، ٢٣، ٢٨، ٢٩).

٤. الأعراض النفسية الأخرى وعدد فقراته (١٣)، تمثله الفقرات (٥، ٦، ٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٣٠).

وتتراوح الدرجات الكلية للقائمة كما وضعها أحمد وزملاؤه (Ahmad et al, 2000) ما بين (٠–٣٠) بحيث تشير الدرجات التي تتراوح ما بين (٠–١٠)، للمستوى المنخفض والدرجات ما بين (١١–٢٠) للمستوى المتوسط والدرجات (٢١–٣٠) للمستوى المرتفع.

واعتمد الباحث في دراسته على هذا التصنيف ووضع كل قيمة ضمن ثلاث فئات منخفض ومتوسط ومرتفع وفقاً للأداء الكلي والأداء لكل بعد من الأبعاد وفقاً لطول الفئة (٠–١) وتم الحصول على هذا المدى من خلال إيجاد نسبة الدرجات لكل بعد من الدرجة الكلية. ويوضح الجدول (٢) ذلك:

جدول (٢): فئات أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال وفقاً للأداء الكلي والأداء لكل بعد

معايير التصحيح	المدى	منخفض	متوسط	مرتفع
إعادة معايشة الحدث الصادم	0–4	0–1.33	1.34–2.66	2.67–4
التجنب	0–7	0–2.33	2.34–4.67	4.68–7
الإثارة الانفعالية الزائدة	0–6	0–2	2.1–4	4.1–6
أعراض نفسية أخرى	0–13	0–4.3	4.4–8.7	8.8–13
الأداء الكلي	0–30	0–10	11–20	21–30

صدق القائمة:

ولأغراض الدراسة الحالية قام الباحث من التحقق من صدق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة من خلال أسلوبين هما:

صدق المحتوى:

استخرج صدق المحتوى من خلال عرض القائمة على (١٠) محكمين من المختصين والخبراء في الإرشاد النفسي، وعلم نفس الطفل، ممن يحملون شهادة الدكتوراه والعاملين في الجامعات الأردنية، والهاشمية، وعمان العربية، والعلوم الإسلامية، للتأكد من ملائمة الفقرات ووضوحها ونوعية الصياغة اللغوية واقتراح التعديلات المناسبة، ومن أبرز التعديلات التي اقترحها المحكمين: إعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات غير الواضحة.

الصدق التمييزي:

تم استخراج دلالات الصدق التمييزي بتطبيق القائمة على مجموعتين من الأطفال المتطرفتين في الخصائص النفسية، بلغت (٢٤) طفلاً من خارج أفراد عينة الدراسة، منهم (١٢) طفل من طلبة مدارس الجزيرة الثانوية في عمان لم يتعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أسرهم، و(١٢) طفل آخرين تعرضوا للإساءة الجسدية من قبل أسرهم من مركز التوعية والإرشاد الأسري في مدينة الزرقاء وتم حساب قدرة القائمة على التمييز بين الفئتين، وقام الباحث بتطبيق اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بين المجموعتين حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين الفئتين ولصالح الأطفال المساء لهم، مما يشير إلى قدرة القائمة على التمييز بين فئتين متطرفتين في الخصائص النفسية، ويوضح الجدول (٣) نتائج الصدق التمييزي للقائمة:

جدول (٣): نتائج اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بين متوسطي الإجابات بين مجموعتين من الأطفال متطرفتين في الخصائص النفسية

البعد	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسطات	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
إعادة معايشة الحدث	غير مساء لهم	0. 33	0.49	2.42	−7.18	*0.004
	مساء لهم	2.75	1.05			
التجنب	غير مساء لهم	1.25	0.86	2.75	−8.37	*0.012
	مساء لهم	4	0.73			
الإثارة الانفعالية الزائدة	غير مساء لهم	0. 08	0.28	3	−14.27	*.012
	مساء لهم	3.08	0.66			
أعراض نفسية أخرى	غير مساء لهم	0. 58	0.9	4.5	9.16	*000
	مساء لهم	5.08	1.44			

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \le 0.05$).**

ثبات القائمة:

للتحقق من المؤشرات الأولية لثبات الأداة، تم استخراج معامل الثبات باستخدام معادلة كودر ريتشاردسون رقم (٢٠) للاتساق الداخلي بدلالة إحصائيات الفقرة، وكذلك تم إيجاد معامل الثبات

باستخدام معادلة ألفا كرونباخ بعد تطبيق الأداة على (٢٤) طفلاً من غير عينة الدراسة والتحقق من معامل الثبات للبعد الكلي وللأبعاد الفرعية، والجدول (٤) يبين هذه النتائج:

جدول (٤) معامل الثبات لأداة الدراسة على البعد الكلي وعلى جميع الأبعاد

المجال	معامل الثبات باستخدام معادلة كودر ريتشارسون (٢٠)	معامل الثبات باستخدام ألفا كرونباخ
إعادة معايشة الحدث الصادم	0.67	0.70
التجنب	0.78	0.84
الإثارة الانفعالية الزائدة	0.75	0.79
الأعراض النفسية الأخرى	0.81	0.87
الكلي	0.87	0.74

يلاحظ من جدول (٤) انخفاض معامل الثبات للبعد الأول، مقارنة بالأبعاد الأخرى، ويعود السبب في ذلك إلى قلة عدد فقرات هذا البعد مقارنة بباقي الأبعاد، ويبلغ معامل الثبات على الاختبار ككل (٠,٨٧) باستخدام معادلة كودر ريتشاردسون (٢٠)، وبلغ (٠,٧٤) باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، وقد عدت قيم مؤشر الثبات المستخرجة بهاتين الطريقتين ملائمة، مما يدل على تمتع هذه الأداة بمؤشرات ثبات مقبولة.

وللتحقق من الاتساق الداخلي لبنية الاختبار، تم إيجاد مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة والاختبار الكلي، والجدول (٥) يبين قيم معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة وكل منها بالدرجة الكلية:

جدول (٥) قيم معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة وارتباطها بالدرجة الكلية

المجال	إعادة معايشة الحدث الصادم	التجنب	الإثارة الانفعالية الزائدة	الأعراض النفسية الأخرى	الكلي	مستوى الدلالة
إعادة معايشة الحدث الصادم		* 0.59	* 0.78	* 0.53	* 0.94	*000
التجنب			* 0.70	* 0.40	*0.74	*0.022
الإثارة الانفعالية الزائدة				* 0.52	* 0.92	*000
الأعراض النفسية الأخرى					* 0.64	*000

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α ≤ 0.05).**

يتضح من الجدول (٥) أن جميع قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية دالة إحصائياً، وتراوحت بين (٠,٤٠–٠,٩٤) وهي قيم مقبولة يمكن من خلالها الاستدلال على الاتساق الداخلي للاختبار. ويشير الملحق رقم (٤) لقائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بالصورة النهائية.

تصحيح المقياس:

- تعطى درجة (١) للإجابة نعم، ودرجة (صفر) للإجابة لا.

- يتم جمع بيانات المفحوص على جميع الفقرات للحصول على الدرجة الكلية للقائمة والتي تتراوح بين (٠-٣٠).
- تشير الدرجة بين (٠-١٠) إلى مستوى منخفض من وجود أعراض قلق ما بعد الصدمة، والدرجات بين (١١-٢٠) إلى المستوى المتوسط، والدرجات بين (٢١-٣٠) إلى المستوى المرتفع.

البرنامج العلاجي المعرفي – السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT):

عملت كوهين (Cohen, 2005) على تطوير العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة لمساعدة الأطفال والمراهقين المساء لهم للتعامل مع أعراض قلق ما بعد الصدمة، وما يتبعها من مشاكل انفعالية وسلوكية، ويحتوي البرنامج العلاجي في صورته الأصلية حسب ما ورد في دليل تطبيق العلاج المركز على الصدمة (CWIG, 2007) على (١٢-١٨) جلسة مدة كل منها (٦٠-٩٠) دقيقة. تشتمل هذه الجلسات على مهارات ونشاطات علاجية لمواجهة الصدمة والآثار النفسية السلبية للإساءة التي تعرض لها الأطفال، وقد صمم البرنامج في بداية الأمر لمعالجة الصدمات النفسية المرتبطة بالاعتداء الجنسي، إلا أنه استخدم فيما بعد مع الأطفال الذين لديهم مجموعة واسعة من التجارب المؤلمة بما فيها العنف الأسري، أو الإساءة الجسدية، أو الصدمات المتعددة، وقد صمم هذا البرنامج بحيث يقوم المعالجين (المدربين) بتقديم جلسات علاجية للأطفال وآبائهم وأمهاتهم، وتقديم المهارات الوالدية علماً أن البرنامج الأصلي يشترط وجود الأهل مع الطفل في جميع الجلسات، مما يشير إلى أن البرنامج يتضمن محتويات إرشادية ذات طابع أسري (CWIG, 2007; NCTSN, 2004).

وتظهر العديد من الدراسات التي أجراها الباحثون أن هناك تنوعاً في استخدامات العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، ويتكون البرنامج العلاجي بصورته الأصلية كما وضعته كوهين وزملائها (Cohen et al, 2006) من عدة مكونات تمثل الأحرف الأولى لكلمة ممارسة (PRACTICE) والذي يشير كل حرف فيها إلى أحد مكونات العلاج (Cohen & Mannarino, 2008; CWIG, 2007; Cohen et al, 2006; NCTSN, 2004).

ولأغراض الدراسة الحالية تمت الاستفادة من أفكار (Cohen, 2005) في إعداد البرنامج العلاجي (TF-CBT)، ومن أدب المحاولات والبحوث السابقة في الأردن (ضمرة وأبو عيطة، ٢٠١٤؛ ضمرة ونصار، ٢٠١٣) وضمرة وزملاؤه (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) وفي الدول الأجنبية (Deblinger et al, 2011; Hartman, 2011; Scheeringa et al, 2011; Thornback, 2010; Feather & Ronan, 2009; Bronner et al, 2009; Cohen et al, 2006; Cohen et al, 2004) والتي سعت لتطوير برامج علاجية قائمة على نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة للتعامل مع الصدمات النفسية للأطفال واستقصاء أثرها وفعاليتها في خفض أعراض القلق والاكتئاب.

ولأغراض الدراسة تمت ترجمة جميع محتويات وجلسات البرنامج العلاجي كما وضعته كوهين (Cohen, 2005) إلى اللغة العربية، وتم عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين والخبراء في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي للطفل وعددهم (٦) محكمين في الجامعات الأردنية، والهاشمية، وعمان العربية، والعلوم الإسلامية، بهدف تحكيمه وتقديم الملاحظات لتحسينه، وتم الأخذ بملاحظاتهم والتي كان من أهمها:

١- زيادة الواجبات والتمرينات العملية للأطفال خلال الجلسات الإرشادية، بدلاً من أسلوب تقديم المعلومات بهدف تسهيل فهم الأطفال للمهارة التي يتم التدريب عليها.

٢- الاختصار من فعاليات بعض الجلسات وتوزيع محتواها على جلستين، كما تم في جلستي الاسترخاء (الجلسة الخامسة والسادسة)، نظراً لطول محتويات الجلسة وأهمية هذا المكون في التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة.

٣- تقليل عدد الجلسات العلاجية التي تتطلب وجود الأهل مع الطفل لتقتصر فقط على (٧) جلسات، للتركيز المكثف على الطفل بدلاً من وجودهم في كل جلسات البرنامج العلاجي كما هو في البرنامج الأصلي، ومراعاةً لظروف الأهل والتزاماتهم الأسرية والمهنية.

تكون البرنامج العلاجي بالصورة المعدلة من (١٣) جلسة علاجية للأطفال وأسرهم، منها (٦) جلسات إرشاد جمعي للأطفال فقط، مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، من الجلسة الخامسة وحتى الجلسة العاشرة و(٧) جلسات إرشاد جمعي أخرى تتطلب وجود الطفل مع والده/ والدته أو الشخص القائم على رعايته، بحيث يجلس كل طفل بجانب والده أثناء سير الجلسات، وكانت مدة الجلسة المشتركة بين الطفل والأهل (٩٠) دقيقة، بواقع جلستين أسبوعياً.

ويمكن وصف محتويات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة كما هو موضح في الجدول (٦):

الجدول (٦) جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة

الجلسة الأولى	التعارف والتمهيد للبرنامج العلاجي، وتأسيس علاقة علاجية قائمة على الثقة مع الطفل والقائمين على رعايته، إضافة لتطبيق القائمة القبلية للدراسة.
الجلسة الثانية	يقدم المرشد معلومات حول العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وأهمية تطبيقه مع أطفالهم.
الجلسة الثالثة	التعليم النفسي (Psycho-Education- P) تزويد الأطفال والقائمين على رعايتهم بالمعلومات والمعارف الحقيقية واللازمة حول الآثار المترتبة على صدمة الطفولة والإساءة الجسدية وأعراض قلق ما بعد الصدمة وردود الفعل المتوقعة للأطفال.
الجلسة الرابعة	المهارات الوالدية (Parenting Skills- P) التدريب على المهارات الوالدية وتقديم هذه المهارات للوالدين أو للأشخاص المسؤولين عن رعاية هذا الطفل بهدف تعديل سلوكه وتحسين الحالة النفسية والانفعالية لديه.
الجلسة الخامسة والسادسة	الاسترخاء (Relaxation - R) تدريب الأطفال على مهارة الاسترخاء العضلي وتمارين التنفس الصحي إضافة لإدارة الضغوط والتعامل معها بشكل مناسب وتدريب الوالدين على هذه المهارات، وتوضيح أهمية هذه المهارات في التخفيف من حالة التوتر.
الجلسة السابعة	التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation- A) تدريب الأطفال على طرق التعبير عن الانفعالات السلبية التي يمكن أن تظهر نتيجة الإساءة التي وقعت عليهم وبالتالي إعادة تشكيل الطريقة الأنسب للتعامل مع الانفعالات، وتحسين قدرتهم على التعامل معها.
الجلسة الثامنة	التوافق المعرفي وإعادة المعالجة (Cognitive Coping and Processing - C) احتوت على توضيح العلاقات بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات المرتبطة بالإساءة، وتعديل الأفكار المشوهة وغير الدقيقة وغير المفيدة حول ما يتعلق بحالة الإساءة التي تعرض لها الطفل.
الجلسة التاسعة	سرد قصة الصدمة/الإساءة (Traumatic Narrative - T) طلب من الأطفال ضحايا الإساءة سرد قصتهم الخاصة وتجربتهم الشخصية والتعبير عنها من خلال التعبير اللفظي والكتابي

	والتمثيل الرمزي ضمن الجو الآمن للمجموعة.
الجلسة العاشرة	التعرض بالواقع (In vivo exposure- I) استخدم أسلوب التعرض بالواقع للتمكن من التعامل مع المثيرات المرتبطة بالإساءة وبالتالي التغلب على المواقف التي لم تعد تشكل خطورة ولكنها ما زالت تذكرهم بحالة الإساءة والتجربة الشخصية التي تعرضوا لها.
الجلسة الحادية عشرة	إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه (Conjoint Child-Parent Sessions- C) تم ذلك من خلال توفير جلسات تضم الطفل ووالديه لمساعدتهم على الحديث مع بعضهم البعض حول تجربة الإساءة التي مر بها هذا الطفل.
الجلسة الثانية عشرة	تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Enhancing future safety and development - E) طلب من أهالي الأطفال جلوس كل أم مع طفلها على انفراد لمساعدته في الحفاظ على ذاته وسلامته وتسهيل واستعادة عملية النمو من خلال العمل على إكسابه المهارات اللازمة التي يحتاجها الطفل لإنهاء العلاج ووضع خطط مستقبلية لمساعدته على تجنب وقوعه ضحية للإساءة.
الجلسة الثالثة عشرة	تطبيق قائمة الدراسة للتقييم البعدي وإنهاء البرنامج العلاجي.

إجراءات الدراسة:

تم خلال الدراسة اتباع الإجراءات التالية:

١. تحكيم أداة الدراسة من خلال عرضها على عدد من الخبراء والمختصين في الإرشاد وعلم النفس، للتأكد من مناسبة الفقرات للأطفال المساء لهم من سن (١٠–١٢) سنة، وصياغة الفقرات، واقتراح التعديلات المناسبة، واستخراج دلالات الصدق والثبات الخاصة بها.

٢. الاطلاع على البرنامج التدريبي الأصلي للعلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة المعد من قبل كوهين (Cohen, 2005)، وصياغته باللغة العربية وتحكيمه من قبل عدد من الخبراء وأصحاب الاختصاص.

٣. مراجعة عدد من المؤسسات للحصول على التصريح والموافقة لإجراء الدراسة، وهي: مؤسسة إسكان جبل طارق، ومركز التوعية والإرشاد الأسري في الزرقاء، ومؤسسة مستقبل سوريا الزاهر، وإدارة مدارس الجزيرة الثانوية للذكور في عمان.

٤. الحصول على موافقة المجلس المؤسسي في الجامعة الهاشمية ورقمها: ب د/ ١٣٠٠٥٤١/١٤/٢٩.

٥. تطبيق أداة الدراسة واختيار الفئة المستهدفة خلال الفترة ما بين (٢٠١٣/٩/١-٢٠١٣/١٠/١)، حيث تم استهداف (٤٠) طفلاً من المراجعين لمؤسسة إسكان جبل طارق، ومؤسسة مستقبل سوريا الزاهر، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٢) سنة، من خلال إجراء مقابلة مقننة مع ذوي الأطفال، وتوضيح معنى كل فقره من فقرات المقياس، وقام الأب/ الأم بالإجابة عن الفقرات بنعم أو لا، استغرق ذلك (٢٠) دقيقة.

٦. تحديد (٢٤) طفلاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات والتي توازي الدرجة المتوسطة، والمرتفعة، وفقاً للدرجة الكلية، والدرجة على كل بعد من أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة.

٧. الالتقاء مع الأهل، وتوضيح أهداف الدراسة، وكيفية إجرائها، وطبيعة المشاركة، والمدة الزمنية اللازمة لذلك، من خلال توقيعهم على نموذج موافقة على المشاركة في البرنامج العلاجي، للتأكيد على ضرورة التزامهم بالبرنامج التدريبي حتى نهايته.

٨. توزيع أفراد الدراسة على مجموعتين تجريبية وضابطة بشكل قصدي اعتماداً على مكان سكنهم والبدء بتطبيق البرنامج العلاجي خلال الفترة الواقعة ما بين (٢٠١٣/١١/١- ٢٠١٣/١٢/٢٠) على الأطفال الموجودين في مؤسسة إسكان جبل طارق في الزرقاء، والذي تضمن أنشطة وفعاليات إرشادية تثقيفية تتعلق بموضوعات الإساءة للطفل، وتفعيل دور الأهل كأحد العناصر الأساسية للعلاج المركز على الصدمة، وبواقع جلستين أسبوعياً، إضافة لتعزيز الأطفال وتشجيعهم على المشاركة والالتزام بحضور الجلسات، من خلال تقديم عدد من الأنشطة الترفيهية حيث تم تقديم مبلغ نقدي كبدل مواصلات، مما ساعد على استمرارية حضورهم حتى نهاية البرنامج العلاجي وللتقييم في فترة المتابعة.

٩. استدعاء أولياء أمور الأطفال في المجموعة التجريبية، بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي بتاريخ (٢٠١٤/٣/٢٦)، وتطبيق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة لفترة المتابعة.

١٠. معالجة البيانات، واستخراج النتائج، وتحليلها، والتعليق عليها، وكتابة التوصيات.

١١. تدريب الاختصاصية النفسية في مؤسسة مستقبل سوريا الزاهر على البرنامج العلاجي لتطبيقه على الأطفال في المجموعة الضابطة بعد انتهاء كامل إجراءات الدراسة.

تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي:

اعتمد خلال هذا البحث على المنهج شبه التجريبي لملائمته لظروف وأهداف وإجراءات الدراسة والمتضمنة لمجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة حيث اختبر أثر برنامج العلاج

المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في تقليل مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال المساء لهم جسديا ويشير الشكل رقم (١) إلى تصميم الدراسة شبه التجريبي:

المجموعة التجريبية	R O1 X O3 O5
المجموعة الضابطة	R O2 – O4 –

الشكل (١) تصميم الدراسة شبه التجريبي بالرموز:

حيث تشير O1 و O2 إلى القياس القبلي لأفراد الدراسة في المجموعتين على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال في حين تشير O3 و O4 إلى الاختبار البعدي على نفس الأداة للمجموعتين، وتشير O5 إلى القياس خلال فترة المتابعة للمجموعة التجريبية، وتشير (X) إلى المعالجة التجريبية المتمثلة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة، والذي تم تدريب الأطفال عليه في المجموعة التجريبية فقط.

التحليل والمعالجة الإحصائية:

للإجابة عن سؤالي الدراسة تم استخدام الإحصاء الوصفي لاستخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، أما فيما يتعلق بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول، فقد تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين المتعدد (MANCOVA)، لاستخراج دلالة الفروق بين متوسطات أداء مجموعتي الدراسة على الدرجة الكلية على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة تبعاً للبرنامج التدريبي، في حين طبق اختبار ت (t-test) للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني.

الفصـــل الــرابـع

نتــائج الــدراســة

تعد الدراسة الحالية دراسة شبه تجريبية، حيث هدفت إلى التعرف على أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً.

وقد سعت الدراسة لفحص أثر المتغير المستقل "البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" على المتغير التابع "مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة"، وفيما يلي عرض لنتائج أسئلة الدراسة:

أولا: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نص على "هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة"؟

وللإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية، للدرجات على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة حسب متغير المجموعة ويتضح ذلك من خلال الجدول (٧):

الجدول (٧): المتوسطات البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية على مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة حسب متغير المجموعة

البعد	ضابطة			تجريبية			المجموع	
	المتوسط الحسابي	المعيار	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	المعيار	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
إعادة معايشة الحدث الصادم	2.66	متوسط	0.25	1.16	منخفض	0.29	3.83	0.55
التجنب	4.58	متوسط	0.43	2.33	منخفض	0.33	6.91	0.76
الإثارة الانفعالية الزائدة	3.5	متوسط	0.33	0.5	منخفض	0.19	4	0.53
الأعراض النفسية الأخرى	5.83	متوسط	0.50	1.66	منخفض	0.33	7.5	0.83
الكلي	16.58	متوسط	1.53	5.66	منخفض	1.15	22.25	2.69

يلاحظ من البيانات الموصوفة في الجدول (٧) أن المتوسط الحسابي البعدي لأداء أفراد الدراسة في المجموعة التجريبية على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة في الدرجة الكلية قد بلغ (5.66)، وضمن المستوى المنخفض حسب ما وصف في الفصل الثالث جدول (٢)، وهو أقل من المتوسط الحسابي لأداء أفراد الدراسة في المجموعة الضابطة والذي بلغ (16.58)، والذي كان

ضمن المستوى المتوسط، كما أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية لبعد إعادة معايشة الحدث الصادم قد بلغ (1.16) ضمن المستوى المنخفض، و(2.66) للمجموعة الضابطة ضمن مستوى المتوسط، و لبعد التجنب بلغ (2.33) للمجموعة التجريبية ضمن مستوى المنخفض و(4.58) للمجموعة الضابطة في المستوى المتوسط، لبعد الإثارة الانفعالية الزائدة للمجموعة التجريبية (0.5) في المستوى المنخفض و(3.5) للمجموعة الضابطة في المستوى المتوسط، ولبعد الأعراض النفسية الأخرى للمجموعة التجريبية (1.66) في المستوى المنخفض و(5.83) للمجموعة الضابطة في المستوى المتوسط، ويتضح أن هناك انخفاضاً في أعراض قلق ما بعد الصدمة من مستوى المتوسط لدى أفراد المجموعة الضابطة للأداء الكلي وعلى جميع الأبعاد إلى مستوى منخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية مما يؤكد على وجود أثر للبرنامج العلاجي.

وللتعرف على الفروق في المستوى الكلي تم استخدام تحليل التباين المتعدد والجدول (٨) يوضح ذلك:

الجدول (٨) نتائج تحليل التباين المتعدد لأثر البرنامج في الدرجات البعدية والمتابعة للمجموعة على جميع أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال

القياس	إحصائي اختبار (Wilks Lambda)	درجات الحرية	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
البعدي	0.184	4	6.96	0.002*

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 ≥ α).**

تشير البيانات الموجودة في الجدول (٨) الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المقياس الكلي في الدرجات البعدية والمتابعة للمجموعة على جميع أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

للأطفال، حيث نجد أن مستوى الدلالة (0.002)، وهو أقل من ($\alpha \leq 0.05$) للمتغير المستقل، وبالتالي يكون لهذا المتغير تأثيراً ذو دلالة إحصائية على مستويات المقياس.

ولمعرفة دلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال، تم استخدام تحليل التباين المتعدد (MANCOVA) والجدول (٩) يبين ذلك:

الجدول (٩): نتائج تحليل التباين المتعدد (MANCOVA) للفروق في درجات أفراد الدراسة على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة تبعاً للبرنامج التدريبي

مصدر التباين	الأبعاد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الإحصائي (F)	مستوى الدلالة
القبلي	إعادة معايشة الحدث الصادم	1.27	1	1.27	1.39	0.25
	التجنب	6.18	1	6.18	3.88	0.06
	الإثارة الانفعالية الزائدة	3.05	1	3.05	3.79	0.06
	الأعراض النفسية الأخرى	0.17	1	0.17	0.07	0.78
المجموعة	إعادة معايشة الحدث الصادم	14.72	1	14.72	16.22	0.001*
	التجنب	36.35	1	36.35	22.86	0.00*
	الإثارة الانفعالية الزائدة	56.29	1	56.29	69.77	0.00*

	الأعراض النفسية الأخرى	89.22	1	89.22	38.90	*0.00
الخطأ	إعادة معايشة الحدث الصادم	19.06	21	0.90		
	التجنب	33.39	21	1.59		
	الإثارة الانفعالية الزائدة	16.94	21	0.80		
	الأعراض النفسية الأخرى	48.16	21	2.29		
الكلي المعدل	إعادة معايشة الحدث الصادم	33.83	23			
	التجنب	69.95	23			
	الإثارة الانفعالية الزائدة	74	23			
	الأعراض النفسية الأخرى	152.5	23			
المجموع		655.14	23			

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).**

تشير نتائج تحليل التباين المتعدد في الجدول (٩) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والضابطة حيث بلغت قيمة ف (F) في القياس القبلي لبعد إعادة معايشة الحدث الصادم (1.39)، وبلغت في بعد التجنب (3.88)، وفي بعد الإثارة الانفعالية الزائدة (3.79)، وفي بعد الأعراض النفسية الأخرى (0.07)، وهي قيم غير دالة إحصائياً، مما يشير الى عدم وجود فروق قبلية ما بين المجموعات، أما فيما يتعلق بالقياس للمجموعة فقد بلغت قيمة ف (F) لبعد إعادة معايشة الحدث الصادم (16.22)، وفي بعد التجنب

(22.86)، وفي بعد الإثارة الانفعالية الزائدة (69.77)، وفي بعد الأعراض النفسية الأخرى (38.9)، وهذا يشير إلى وجود أثر للبرنامج العلاجي، أي أن متوسط أداء الأطفال على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة في المجموعة التجريبية قد انخفض مقارنة بأقرانهم في المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي، حيث بلغت قيمة المتوسط البعدي المعدل للمجموعة التجريبية (5.66) مقابل (16.58) للمجموعة الضابطة.

وللتعرف على دلالات الفروق للبعد الكلي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي كما في الجدول (١٠):

الجدول (١٠) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANCOVA) بين المتوسطات الحسابية لعلامات أفراد الدراسة على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الاحصائية
الاختبار القبلي	268.184	1	268.184	481.682	*.000
المجموعة	310.689	1	310.689	968.3	*.000
الخطأ	69.149	21	3.293		
الكلي	9908.000	24			

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).**

تشير النتائج المبينة في الجدول (١٠) إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لمتغير المجموعة، حيث بلغت قيمة (ف) الناتجة من تحليل التباين الأحادي (968.3) وهي مرتبطة بدلالة إحصائية تساوي (000) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المقياس البعدي.

وللتعرف على حجم الأثر للبرنامج العلاجي بين المتغير التابع تم استخدام قيم مربع إيتا، والجدول (١١) يوضح ذلك:

جدول (١١) قيم ومربع إيتا لتحديد حجم الأثر للمتغير المستقل (العلاج المركز على الصدمة) في المتغير التابع (مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة)

	Eta	Eta Squared
البرنامج * المجموع	.301	.090

يتضح من البيانات الموجودة في الجدول (١١) أن قيمة إيتا تربيع تقترب من الصفر، مما يدل على أثر المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المركز على الصدمة على المتغير التابع وهو مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة.

حيث يظهر أن قيمة إيتا (0.301) وهي تساوي الجذر التربيعي لقيمة إيتا تربيع، ومن خلال مقارنة قيمة إيتا تربيع وهي (0.09) بالمستويات (0.06-0.14) نجد أنها متوسطة (Write & Stone, 1979)، أي أن حجم تأثير العلاج المركز على الصدمة متوسط، مما يشير إلى أن البرنامج العلاجي أحدث تبايناً متوسطاً في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة، وتم إيجاد التباين المفسر ويساوي (إيتا تربيع × 100%) = (0.09 × 100% = 9%)، أي أن المعالجة فسرت لنا (9%) من التباين في المتغير التابع.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي نص على: "هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية ما بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة ومدتها (٣) أشهر"؟

تم حساب المتوسطات الحسابية وقيمة ت (t) للعينات المترابطة لتحديد دلالة الفروق بين درجات الأطفال في المجموعة التجريبية والمجموعة نفسها في القياس البعدي وقياس المتابعة على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة، كما في الجدول (١٢):

جدول (١٢) المتوسطات الحسابية وقيم (t) لتحديد دلالة الفروق بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة لأفراد المجموعة التجريبية

البعد	المتوسط الحسابي			الفرق بين المتوسطات	درجات الحرية (df)	قيمة (t)	مستوى الدلالة
	القبلي	البعدي	المتابعة				
إعادة معايشة الحدث الصادم	2.75	1.16	1.67	1.08	11	1.16	0.323
التجنب	3.58	2.33	2.50	1.08	11	1.51	0.07
الإثارة الانفعالية الزائدة	2.58	0.50	0.58	2	11	1.43	0.117
الأعراض النفسية الأخرى	4.83	1.6	1.33	3.5	11	-1.48	0.075
المجموع	13.75	5.66	6.08	7.67			

يتضح من الجدول (١٢) ومن خلال نتائج اختبار ت (t) للعينات المرتبطة لفحص استمرارية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية ما بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة ومدتها

(٣) أشهر، حيث بلغت قيمة ت (t) (1.16) لمستوى إعادة معايشة الحدث الصادم، بينما بلغت (1.51) لمستوى التجنب وبلغت (1.43) لمستوى الإثارة الانفعالية الزائدة، بينما بلغت (-1.48) لمستوى الأعراض النفسية الأخرى حيث تجاوزت جميعها قيم مستوى الدلالة.

وبلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي لبعد إعادة معايشة الحدث الصادم (1.16) وللتجنب (2.33) ولبعد الإثارة الزائدة (0.5) وللأعراض الأخرى (1.6) وللمجموع الكلي (5.66) في حين بلغ المتوسط الحسابي لقياس المتابعة لبعد إعادة معايشة الحدث الصادم (1.67) ولبعد التجنب (2.5) وللإثارة الزائدة (058) وللأعراض النفسية الأخرى (1.33) وفي المجموع الكلي (6.08) وهذا يشير إلى (احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالتحسن) واستمرارية إيجابية لأثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمة على درجات أعراض قلق ما بعد الصدمة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً. وفيما يلي استعراض لمناقشة النتائج مرتبة حسب أسئلة الدراسة:

أولا: مناقشة النتائج المرتبطة بالإجابة عن السؤال الأول: "هل هناك فروق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة؟

أظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث تبين أن هناك فرقاً بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة، وأشارت نتائج تحليل التباين للأداء بعد تطبيق البرنامج، إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي في التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة على الدرجة الكلية، وعلى كل بعد من الأبعاد الفرعية، حيث يلاحظ انخفاض متوسط درجة أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، مقارنة بمتوسط المجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

وربما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الجلسات الإرشادية التي قدمها البرنامج العلاجي والذي تكون من (١٣) جلسة علاجية للأطفال وأسرهم، منها (٦) جلسات إرشاد جمعي للأطفال فقط، من الجلسة الخامسة وحتى الجلسة العاشرة و(٧) جلسات إرشاد جمعي أخرى تتطلب وجود الطفل مع والده/ والدته أو الشخص القائم على رعايته، بحيث يجلس كل طفل بجانب والده أثناء سير الجلسات، وما احتوى عليه من أساليب علاجية وأنشطة فعالة هدفت كلها للتغلب على الصدمات والحد من ردود الفعل الانفعالية والسلوكية السلبية وردود الفعل التالية للإساءة الجسدية،

إضافة لتشجيع الأطفال للحديث عن تجربتهم المؤلمة بالكتابة والرسم والحديث عن ذلك أمام أقرانهم الذين مروا بتجربة مماثلة، مما دفع كامل أفراد المجموعة وشجعهم على الحديث بدون أي تردد أو خوف، الأمر الذي ربما دعم جوانب النمو المستقبلي لديهم، وعزز من شعورهم بالأمن، والذي افتقدوه جراء تعرضهم للإساءة الجسدية، وربما كان لتزويد الأطفال بالمهارات والواجبات البيتية التي تم تدريب الأطفال عليها وتطبيقها بشكل عملي أثناء الجلسات العلاجية أثر إيجابي، فقد تضمن البرنامج التدريب على مهارة الاسترخاء العضلي، وتمارين التنفس الصحي، والتعرض، وسرد قصة الصدمة، والتعبير عنها لفظياً وكتابياً في جو آمن، وتفاعل الطفل مع باقي أقرانه في المجموعة، واكتشاف وتصحيح الأفكار اللاعقلانية، وتدريبهم على كيفية التعامل مع الانفعالات والأفكار التي تتعلق بتجاربهم المؤلمة، من خلال التدريب على المهارات اللازمة للتقليل من الأفكار السلبية التي تسبب التوتر والقلق والاكتئاب، والوعي بالانفعالات والتعامل معها بكفاءة وتطوير مهارات الاتصال لديهم بطريقة صحيحة، وتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم سواءً كانت إيجابية أم سلبية بطريقة ملائمه، مما زاد من وعيهم ومهاراتهم وأتاح لهم الفرصة للحديث عن تجربتهم الخاصة أمام باقي الأطفال في المجموعة والتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة بما فيها التجنب والإثارة الانفعالية الزائدة وإعادة معايشة الحدث الصادم.

ويعتقد الباحث أن التحسن ربما يرد إلى تدريب الأطفال على مكون مهم ورئيس كأحد مكونات العلاج، وهو مكون سرد قصة الإساءة (Traumatic Narrative)، والذي عملنا من خلاله على تشجيع الأطفال على سرد ومناقشة قصتهم الخاصة وتجربتهم الشخصية في جو آمن، حيث أتيح للأطفال أن يصفوا تجربة الإساءة الجسدية التي تعرضوا لها بشكل كتابي ومن ثم قراءة ما كتبوه أمام باقي زملائهم في المجموعة، وأن يتحدثوا عن مشاعرهم وأفكارهم بعد أن اطمأنوا بأن

والديهم سيدعمان ذلك ولن يكونا غاضبين أو منزعجين من أفكارهم ومشاعرهم تجاههما، حيث طلب من كل طفل الحديث عن تجربته وأن يصف أسوأ لحظة وأسوأ ذكرى وأسوء جزء من حادثة الإساءة التي مر بها، حتى أصبحت هذه التجربة تمثل لهم خبرة عادية ولا تسبب لهم أعراض قلق ما بعد الصدمة وردود فعل انفعالية تجاه ذلك، ومن خلال الملاحظات التي تلقيتها من الأطفال وأسرهم فإن بعضهم تحدث عن خبرته لأول مرة، ولم يفكر سابقاً بإخبارها لأي أحد بسبب شعوره بالخوف والقلق من، إلا أن البرنامج تمكن من جعل الأطفال يتحدثون عن ذلك بكل أريحية ضمن الجو الآمن الذي تم توفيره لهم وبحضور الأب غير المسيء.

وربما ترد هذه النتيجة إلى تشابه هذا المكون مع أحد النماذج الفعالة في التعامل مع التجارب المؤلمة، والصدمات التي يتعرض لها أي شخص، والتي سعت للتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة وهو العلاج السردي (Narrative Therapy) والذي يمثل واحداً من نماذج الإرشاد الأسري، وتشير كلمة السرد إلى التركيز الذي يتم وضعه بناءً على قصص من حياة الناس والخلافات التي يمكن أن تتم من خلال حديثهم عن تجربتهم، ويفترض أن الأشخاص هم الأخبر في حياتهم الخاصة وهم يملكون العديد من المهارات والكفاءات والمعتقدات والقيم والمؤهلات والقدرات التي سوف تساعدهم على تقليل تأثير المشكلات والصدمات على حياتهم (Morgan, 2000)، وهذا ما تم اعتماده في العمل مع أفراد الدراسة حيث أننا افترضنا أن كل طفل مر بخبرة الإساءة الجسدية من قبل أحد والديه لذلك قام هو بكتابتها ومن ثم التعبير عنها لفظياً أمام زملاءه.

وربما تعزى هذه النتيجة إلى أن العلاج بالسرد يتضمن طرقاً لفهم قصص حياة الأشخاص، وإعادة تأليف هذه القصص، أو وضعها في سياق جديد بالتعاون الذي يتم بين المعالج والأشخاص الذين يتم نقاش تجربتهم الشخصية، ويعمل العلاج على إخراج المشكلة وإعطائها وصفاً خارجياً

يساعد على التقليل من الحجم الضخم من لوم الذات، والشعور بالذنب والخزي الذي يرتبط عادةً بالتعرض للصدمة والخبرة المؤلمة، ويعطي فرصة لوضع المشكلة في سياق واسع من الحياة، فالأشخاص الذين يتلقون العلاج يصبح لديهم القدرة لأن يكونوا فاعلين في حياتهم ويتولد لديهم شعور بالنشاط والدافعية والقدرة على الإنجاز وتحقيق التغيير في حياتهم، ويلعب المعالج دوراً هاماً في تحديد الاتجاهات التي يتم اتخاذها (Morgan, 2000). وهذا ما سعينا لتحقيقه في مكون سرد قصة الإساءة في العلاج المركز على الصدمة من خلال العمل تغيير بعض الأفكار اللاعقلانية بأفكار أكثر دقة والتقليل من شعور الطفل بالذنب ولوم الذات ومن خلال إظهار جوانب التميز والقوة لديه وبالتالي خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة.

ويعتقد أنه ربما كان لمساهمة الأهل دوراً مهماً وفاعلاً في العملية العلاجية، إذ احتوى البرنامج العلاجي على سبع جلسات حضرها الطفل برفقة أحد والديه غير المسيء، تضمن ذلك عملية التثقيف والتعليم النفسي وامتلاك المشاركين معلومات أساسية حول أنواع الإساءة وآثارها النفسية وأعراض قلق ما بعد الصدمة وردود الفعل المتوقعة التي يمكن أن تتبع ذلك، وتوعية الأهل ببعض بدائل العقاب البدني وأهم المهارات الوالدية الصحية للتعامل مع أطفالهم كالتعزيز الإيجابي والانتباه الانتقائي والعزل، كما اشتملت الجلسات على إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه وتقوية العلاقة الآمنة فيما بينهم، وتسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي من خلال إتقان الأطفال لمهارات الاتصال اللازمة للتعبير عن مشاعرهم ورغباتهم بوضوح وصراحة، والتعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر لهم الأمن والحماية مما أضفى قوة ودعماً للأسلوب العلاجي وشجعهم على الالتزام بالواجبات البيتية والمواظبة على حضور الجلسات.

وربما ترد النتيجة إلى اللقاءات التي كانت تتم فيما بين المعالج والأهل سواء في الجلسات العلاجية أو خارجها والتي شكلت مصدراً مهماً لتلقي أية ملاحظات حول تطور حالة الأطفال ومستوى استجابتهم للعلاج، وتقديم التغذية الراجعة، والدعم النفسي والمساندة والتشجيع على مواصلة الجلسات العلاجية حتى نهايتها لتحقيق أكبر قدر من الفائدة.

وربما كان لاستعداد الأطفال وأسرهم، وإقبالهم إقبالاً شديداً على المشاركة والحضور أثر إيجابي على البرنامج العلاجي وخاصة أن مؤسسة إسكان جبل طارق هي أحد المراكز حديثة الإنشاء في تقديم الخدمات الإرشادية، حيث كان الجميع مهتماً بالحضور والمشاركة وخاصة من جهة الأمهات، وأبدوا استعداداً للالتزام حتى نهاية جلسات البرنامج العلاجي وبالأخص بعد حضورهم الجلسة الأولى التي احتوت على التعريف بالبرنامج وما فيه من فائدة ستنعكس إيجاباً عليهم وعلى أطفالهم، بالإضافة لتمرين كسر الجليد حيث أنه أشعرهم بنوع من الارتياح للمشاركة وكسر الجمود لديهم على نحو لم يتصوروه، كما أن الأمهات لاحظن ومن خلال الجلسة الأولى أن هناك تنظيماً في التعامل معهم وفي كيفية تقديم المعلومات في الوقت الذي يمارس فيه الأطفال نشاطاً يتعلق بموضوعات الإساءة ويتناسب مع فئتهم العمرية مما زاد من رغبتهم في المواصلة والاستمرار.

ويعتقد الباحث أن التحسن يعود لتدريب الأطفال على الواجبات والتمرينات المنزلية، أو التي كانت تتم أثناء الجلسات العلاجية على شكل رسومات وأمثلة واقعية قد يكونون قد مروا بتجارب مشابهة لها، فكان من هذه الواجبات أن يبدأ الأهل بملاحظة سلوك أبنائهم، ويقدموا التعزيز والإطراء المناسب لذلك السلوك ضمن معايير محددة بهدف تقوية السلوك المرغوب فيه مع ضرورة العمل على لفت انتباه للأهل لأهمية هذا الإجراء، كذلك تم تقديم واجب بيتي حول تطبيق تمرين

الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي في البيت وبمشاركة أسرهم في ذلك بعد أن تم تدريبهم عليه، كذلك الحال في تمرين توليد الأفكار البديلة، كما اشتملت التمرينات على تكنيك لعب الدور بحيث يعمل أحد الأطفال على لعب أدوار مختلفة كالتي أجريت في جلسة سرد حادثة الإساءة التي مر بها الطفل أو لعب الدور لتدريب الطفل على كيفية التعامل مع أصدقاءه في حال حدوث شجار فيما بينهم، كما احتوت بعض التمرينات على التعبير عن مشاعرهم من خلال إكمال بعض الجمل السهلة بالتعاون مع أسرهم أو من خلال تمرين التعرف على نوع المشاعر من خلال صور الوجوه التي تحمل تعبيرات مختلفة. وربما كان لبعض التمرينات فائدة كبيرة في زيادة مستويات الشعور بالأمن وامتلاكهم الكفاءة في التعامل مع أي مواقف مستقبلية والوقاية من وقوعهم ضحايا للإساءة مرة أخرى كما حدث في تمرين التعرض بالتخيل الذي طبق أثناء الجلسات وفي جو آمن، ومن ثم تمرين التعرض بالواقع حيث طلب من كل طفل مواجهة مخاوفه وقلقه من بعض الأماكن التي تتسبب لهم بالخوف والقلق بسبب ارتباطها بخبرة الإساءة التي تعرض لها، كذلك الأمر في تمرين لعب دور الأب المسيء وتدريب الأطفال على اختيار الأوقات الملائمة لطلب أي حاجة منه بطريقة مهذبة بالإضافة إلى الطلب من الأطفال وأسرهم القيام بنشاط ترفيهي يتم فيه تعزيز شعور الطفل بالأمن والحماية من قبل والده والزيادة من قوة العلاقة فيما بينهم.

هذه الواجبات والتمرينات التي كانت تتم أثناء الجلسات أو في البيت ربما أسهمت بشكل كبير في تحقيق قدر من الفائدة وتحقيق أهداف البرنامج العلاجي في التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة وردود الفعل التالية للإساءة، حيث كان هناك تعاون كبير من الأهل في مساعدة أبنائهم في تطبيق هذه الواجبات مما ساهم في التزام غالبية الأطفال بالقيام بها وكذلك رغبة منهم في الحصول على التعزيز المقدم أو النشاط الترفيهي الذي كان يعطى للأطفال الذين يلتزمون

بالحضور ويتمون واجباتهم كلعب كرة القدم أو اللعب على ألعاب البلايستيشن أو حضور فيلم كرتوني أو الخروج في نشاط رياضي أو استخدام المرافق الترفيهية داخل المؤسسة أو الحصول على مكافئات مادية. ومن ناحية أخرى شكل التزام الأطفال في البرنامج العلاجي تعزيزاً للأهل وزاد من ثقتهم في الأسلوب العلاجي ومثل لهم نشاطاً يملأ وقت فراغهم بدلاً من تواجدهم في أماكن أخرى يمكن أن تعود عليهم بالكثير من المشكلات.

وربما ترد هذه النتيجة إلى الأداء الخاص بالواجبات والالتزام بالحضور الذي كان جيداً، وهناك نسبة عالية من الالتزام، بالرغم من أنَّ بعض التمرينات التي استخدم فيها تكنيك لعب الدور كانت تتسبب بالحرج في بداية الأمر ولكنها ما تلبث أن تصبح أمراً عادياً عندما يرى الطفل أن الجميع قام بذلك، كما أن بعض الواجبات التي تتطلب الكتابة كانت تشكل معيقاً لبعض الأطفال بسبب ضعف قدرتهم على التعبير أو الكتابة فكان يتم الاستعانة ببعض المرشدات المتواجدات في المؤسسة لكتابة ما يمليه عليها الطفل ويعبر عنه، كما كانت بعض الواجبات تشكل صعوبة على الأطفال كتفنيد الأفكار اللاعقلانية وتوليد الأفكار البديلة، لكن دور الأهل كان جيداً في معاونة أطفالهم على صياغة هذه الأفكار، كما لوحظ أن بعض الأنشطة كانت تتسبب بشيء من الملل أو الصعوبة في فهمها كنشاط التمييز بين الأفكار والسلوك والمشاعر، أو تمرين تفنيد الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار أكثر صحة في حين كان بعضها يشعر الأطفال وأسرهم بالفرح والحماسة كتمرين التعرف على نوع المشاعر من خلال صور الوجوه التي تحمل تعبيرات مختلفة، ويعتقد الباحث أنه ربما كان لمساهمة الأهل وأسلوب التعامل معهم وتقديم التغذية الراجعة والإصغاء لملاحظاتهم حول سلوك أبنائهم وتقديم التغذية الراجعة والتعزيز المناسب أثراً كبيراً في انضباطهم في مواعيد الجلسات والالتزام حتى نهاية البرنامج العلاجي. ويمكننا أيضاً أن نشير إلى

أحد ردود الفعل التي ظهرت أثناء تطبيق البرنامج في الجلسة الحادية عشرة والتي كانت بعنوان "إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه" ليتم أخذها بعين الاعتبار عند تطبيق هذا البرنامج في المستقبل، فعلى الرغم من أننا أوضحنا للأهل أهداف البرنامج وما سيتم فيه من إجراءات وخطوات إلا أن بعضاً من الأمهات أظهرن ردود أفعال قوية وكان منها إحدى الأمهات التي استاءت كثيراً وغضبت عندما قرأت قصة الإساءة التي قام الطفل بكتابتها، فقد يكون الطفل قد بالغ في وصفه لما حدث أو أظهر بعض النوايا التي كان يرغب في عملها كرغبته بالهروب من المنزل وكان قد تحدث في ذلك أمام والديه مسبقاً، وربما كان للجلسة المشتركة بين المعالج والأهل أهمية خاصة حيث تم فيها قراءة القصص التي كتبها الأطفال، والتي كان لها دوراً كبيراً في خفض حالة الغضب والتوتر التي ظهرت، وساعد كثيراً على احتواء الموقف قبل انتقالنا للجلسة المشتركة بين الأهل وأطفالهم.

وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية نجد تشابهاً بين نتائجها ونتائج عدد من المحاولات والدراسات التي أجريت في الأردن كدراسة (ضمرة وأبو عيطة، ٢٠١٤؛ ضمرة ونصار، ٢٠١٣) ودراسة (Damra, Nassar, & Ghabri, 2014) وفي الدول الأجنبية كالدراسات التي أجراها كل من (Hartman, 2011; Deblinger et al, 2011;Scheeringa et al, 2011; Thornback, 2010; Feather & Ronan, 2009; Bronner et al, 2009; Cohen et al, 2006; Cohen et al, 2004) والتي أظهرت فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية وإساءات مختلفة، وقدرته على تعزيز مجموعة كبيرة من السلوكيات والانفعالات والمهارات الوالدية ومهارات السلامة الشخصية، وخفض مستويات الخوف والقلق المرتبط بالإساءة، وقد ظهر هذا الأمر من خلال نتائج القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بالإضافة إلى ملاحظات الأهل وملاحظات المعالج حول تغير سلوك الأطفال.

وتتفق الدراسة الحالية مع توصيات دراسات كل من (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014; Runyon, Deblinger, & Steer , 2010)، في التأكيد على ضرورة انخراط الأهل في العملية العلاجية الموجهة نحو التقليل من الآثار النفسية للإساءة نتيجة تعرضهم لصدمات ومواقف صادمة، مما ينعكس إيجاباً على تحسن مهارات الرعاية الوالدية للآباء وتغيير تصوراتهم السلبية عن سلوك أبنائهم وبالتالي زيادة مستويات الأمن لدى الأطفال والتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة.

وتختلف الدراسة الحالية عن دراسة ضمرة وزملائه (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) في احتوائها على (٧) جلسات تجمع بين الطفل ووالده غير المسيء في آن واحد، بينما خصصت دراسة (Damra, Nassar, & Ghabari, 2014) جلسة واحدة تجمع بين الأب والطفل، إضافة لوجود جلستين للأهل فقط للتدريب على المهارات الوالدية.

كما تختلف الدراسة الحالية عن بعض الدراسات الأخرى في الفئة العمرية التي تم استهدافها، فقد توجهت هذه الدراسة لاستقصاء أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مع الأطفال من سن (١٠-١٢) سنة، في حين استهدفت دراسة (Scheeringa et al, 2011) الأطفال من سن (٣-٦) سنوات، واستهدفت دراسة (Thornback, 2010) الأطفال من سن (٧-١٢)، كما استهدفت دراسة (الحويان، ٢٠١١) الفئة العمرية بين (٦-١٢) سنة، أما دراسة (أبو عيطة وأحمد، ٢٠٠٥) استهدفت الفئة العمرية بين (١٢-١٧) سنة. وهذا الاختلاف في الفئة العمرية المستهدفة يتيح المجال لوجود خصائص مختلفة لدى أفراد الدراسة كل حسب فئته العمرية.

كذلك يوجد اختلاف في عدد أفراد عينة الدراسة، فتكونت دراستنا من (٢٤) طفلاً بالإضافة إلى آبائهم، إلا أن أفراد الدراسة في دراسات أخرى اقتصرت على طفل واحد، كما هو الحال في دراسة (الشيخ، ٢٠١٢)، كذلك الأمر في دراسة (Bronner et al, 2009).

وتختلف هذه الدراسة عن غيرها في اقتصارها على الأطفال المساء لهم جسدياً من الذكور، بينما سعت دراسات أخرى للدمج بين الجنسين، كما هو في دراسة كل من: (Misurell, Springer, & Tryon, 2011; Thornback, 2010; Wanders, Serra, & Jongh, 2008) .

كذلك نجد اختلافاً في هذه الدراسة عن غيرها في تخصيص جلسات إرشادية جماعية تجمع بين الطفل ووالديه في وقت واحد، والذي ربما كان له أثر كبير في تحسن الأطفال، وخفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة، إلا أن العديد من الدراسات لم تلتفت إلى أهمية دمج الأهل كجزء من العملية العلاجية كما ظهر في دراسات كل من: (الشيخ، ٢٠١٢؛ الحويان، ٢٠١١؛ السنباني، ٢٠٠٥؛ أبو عيطة وأحمد، ٢٠٠٥؛ زيوت، ٢٠٠٥؛ دغلس، ٢٠٠٤؛ مقدادي، ٢٠٠٣) ودراسات كل من: (Misurell, Springer, & Tryon, 2011; Wanders, Serra, & Jongh, 2008).

ثانيا: مناقشة النتائج المرتبطة بالإجابة عن السؤال الثاني: "هل هناك فرق في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية ما بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة ومدتها (٣) أشهر"؟

دلت النتائج الخاصة بالسؤال الثاني للدراسة على استمرارية الأثر العلاجي للعلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة لفترة لا تقل عن (٣) أشهر بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج

العلاجي حيث اشارت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية ما بين القياس البعدي والقياس خلال فترة المتابعة ومدتها (٣) أشهر.

ويعتقد الباحث أنه ربما كان هناك أثر إيجابي للبرنامج وما اشتمله من مهارات فعالة تم تدريب الأطفال عليها لتعزيز مستويات الأمن، والنمو المستقبلي، ومواجهة المواقف الضاغطة في المستقبل، ليستمر أثر البرنامج لأطول مدة ممكنة، وربما كان هناك أثر لاشتمال البرنامج على عدد من المهارات والتمرينات التي سعت لتقليل مخاطر وقوع الأطفال ضحايا للإساءة في المستقبل من خلال امتلاكهم للمهارات التي تعزز شعورهم بالكفاءة الذاتية والشعور بالأمن، والتركيز على جانب إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه وتقوية العلاقة الآمنة فيما بينهم، ومناقشة الموضوعات المتعلقة بالإساءة في جو آمن ومتقبل من خلال الجلسات المشتركة بين الأطفال وأسرهم، والتعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر لهم الأمن والسلامة، إضافة لتدريب الأطفال على مهارات الاتصال اللازمة للتعبير عن الخبرات المخيفة والمشوشة التي تواجههم في المستقبل للشخص الذي يثقون به والمتمثل بالأب غير المسيء.

ويعتقد الباحث أنه ربما ساهم وجود الأهل كأحد عناصر العلاج بشكل كبير في استمرارية الآثار الإيجابية للبرنامج من خلال إتاحة الفرصة للاتصال مع أطفالهم بطريقة فعالة وآمنة وتعزيز شعورهم بالأمن والثقة، وتجنبهم لبعض الممارسات السلبية في التعامل مع أطفالهم واكتسابهم المهارات الفعالة اللازمة للتعامل مع المشكلات السلوكية والانفعالية خلال فترة المتابعة.

وربما كان لاتصال المعالج مع الأطفال وأسرهم بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة، لتقديم الدعم المناسب لهم، والإجابة عن استفساراتهم، وتشجيعهم المتواصل، كان

له الأثر الكبير في التوصل لهذه النتائج وهو ما يفسر استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي خلال فترة (٣) أشهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

وعلى الرغم من أن النتائج أشارت إلى استمرارية أثر البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة إلا أننا نلاحظ وجود ارتفاع طفيف غير دال إحصائياً في المتوسطات لأعراض قلق ما بعد الصدمة للمجموعة التجريبية على قياس المتابعة مقارنة مع تلك المتوسطات في القياس البعدي الذي طبق بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة إلا أن هذه النتائج تعد منطقية جداً، حيث يمكن عزو هذا الارتفاع البسيط لانخفاض مستويات الدعم المتواصل للأطفال والذي كان يقدم خلال عملية التطبيق للبرنامج العلاجي أثناء حضورهم الجلسات، وهذا الأمر يشير إلى ضرورة وجود خدمات المتابعة والدعم للأطفال وأسرهم بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

كما أننا وبالعودة لنتائج القياس خلال فترة المتابعة نرى استمرار البعد الرابع "الأعراض النفسية الأخرى" بالانخفاض على عكس باقي الأبعاد الأخرى التي ارتفعت بشكل بسيط، والموضحة في الجدول رقم (٩) في فصل النتائج، وهي أيضاً تعد نتائج منطقية في ضوء طبيعة فقرات هذا البعد حيث أنها تركز على أنماط سلوكية مثل النوم والأكل والأنشطة الأخرى والتي ربما يكون ارتباطها بأعراض قلق ما بعد الصدمة قليلاً مقارنة ببعد التجنب والإثارة الانفعالية الزائدة وإعادة معايشة الحدث الصادم والتي تعد الأعراض الرئيسية لقلق ما بعد الصدمة كما جاء في الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية (APA, 2000).

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج يمكننا اقتراح عدد من التوصيات:

١. توصي الدراسة باستخدام البرنامج العلاجي في المراكز والمؤسسات التي تعنى بإعادة تأهيل الأطفال وأسرهم جراء تعرض الأطفال للصدمات النفسية والحوادث الضاغطة والإساءات بمختلف أشكالها لتحسين قدراتهم على التعامل مع هذه المواقف بكفاءة عالية.

٢. العمل على الاستفادة من بعض مكونات العلاج أو كلها للتعامل مع مشكلات الأطفال والمراهقين التي لها علاقة بضغوط الحياة اليومية للرفع من مستوى وعيهم وكفاءتهم لمواجهتها.

٣. إجراء المزيد من الدراسات للتعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة مع فئات مختلفة من المجتمع الأردني كالشباب الذين مروا بتجارب وخبرات صادمة.

٤. إجراء بحوث للتحقق من أثر العلاج المركز على الصدمة مع وجود الآباء الذين تسببوا بالإساءة للطفل للتحقق من فاعلية ذلك بعد التأكد من استعدادهم ورغبتهم الحقيقية في العلاج.

٥. السعي نحو تطوير برامج علاجية أخرى للتدخل والإرشاد لمنع أو تقليل حدوث الإساءة للأطفال نظراً لافتقار البيئة الأردنية لمثل هذه البرامج المتخصصة حسب ما ورد في الدراسة التي أجرتها (عكروش والفرح، ٢٠٠٧).

قـائمة المصادر

والـمراجـع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

اتفاقية حقوق الطفل، الأمم المتحدة، (١٩٨٩)، جامعة منيسوتا.

إسماعيل، أحمد السيد محمد، "الفروق في إساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الأطفال المحرومين من أسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة"، **مجلة دراسات نفسية – مصر**، ١، ٢٦٦-٢٩٧ (٢٠٠١).

التقرير السنوي التاسع للمركز الوطني لحقوق الإنسان: أوضاع حقوق الإنسان في المملكة الأردنية الهاشمية لعام ٢٠١٢، المركز الوطني لحقوق الإنسان، ٢٠١٣، عمان، الأردن.

التقرير السنوي السادس للمركز الوطني لحقوق الإنسان: أوضاع حقوق الإنسان في المملكة الأردنية الهاشمية لعام ٢٠٠٩، المركز الوطني لحقوق الإنسان، ٢٠١٠، عمان، الأردن.

حسين، طه عبد العظيم، **إساءة معاملة الأطفال النظرية والعلاج**، ط١، ٢٠٠٨، دار الفكر، عمان، الأردن.

حلمي، إجلال، **العنف الأسري**، ط١، ١٩٩٩، دار قباء، القاهرة، مصر.

الحويان، علا عبد الكريم، **فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات والمرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم جسديا**، رسالة دكتوراه، ٢٠١١، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الختاتنة، سامي محسن، **مقدمة في الصحة النفسية**، ط١، ٢٠١٢، دار الحامد، عمان، الأردن.

الدليل التدريبي لبرامج التدريب على العلاقة الوالدية للأمهات، مؤسسة الملك حسين– معهد العناية بصحة الأسرة، ٢٠١٠، عمان، الأردن.

الرشيدي، بشير، ومنصور، طلعت، والنابلسي، محمد، والخليفي، إبراهيم، والناصر، فهد، وبورسلي، بدر، **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة،** ط١، ٢٠٠١، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.

زيوت، محمود عبد العزيز، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين مهارات التواصل والتكيف لدى الأطفال المساء إليهم،** رسالة ماجستير، ٢٠٠٥، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

الزيود، نادر فهمي، **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي،** ط٢، ٢٠٠٨، دار الفكر، عمان، الأردن.

الإساءة للطفل: الإيذاء النفسي، ندوة الإساءة للطفل، مؤسسة نهر الأردن واليونيسيف، ١٩٩٧، عمان، الأردن.

السنباني، إيمان صالح، **فعالية برنامج علاج سلوكي- معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم،** رسالة ماجستير، ٢٠٠٥، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الشيخ، منال. "فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة"، **مجلة جامعة دمشق،** ٢٨، ٤٧٧- ٥١٨ (٢٠١٢).

ضمرة، جلال كايد، وأبو عيطة، سهام، " أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب"، **مجلة دراسات، الجامعة الأردنية- العلوم التربوية، ٤١، ١٠١-١١٤ (٢٠١٤).**

ضمرة، جلال كايد، ونصار، يحيى حياتي، " أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب"، بحث مقبول للنشر، **مجلة دراسات، الجامعة الأردنية- العلوم التربوية (٢٠١٣).**

الضمور، محمد مسلم، **الإساءة للطفل: الوقاية والعلاج،** ط١، ٢٠١١، دار الجنان، عمان، الأردن.

عبد الرحمن، محمد السيد، **علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب- الأعراض- التشخيص- العلاج**، ط١، ١٩٩٩، دار قباء، القاهرة، مصر.

العبد الغفور، فوزية يوسف، وإبراهيم، معصومة أحمد، "أساليب التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة عند الأسرة الكويتية"، **المجلة العربية للعلوم الإنسانية جامعة الكويت**، ١٦، ٥٤-٩٩ (١٩٩٨).

عكروش، لبنى، والفرح، يعقوب، **تحليل الدراسات الأردنية في مجال بحوث الإساءة للطفل في الفترة من ١٩٨٨-٢٠٠٧**، ٢٠٠٧، جامعة البلقاء التطبيقية، السلط، الأردن.

علاء الدين، جهاد محمود، **نظريات وفنيات الإرشاد الأسري**، ط١، ٢٠١٠، دار الأهلية، عمان، الأردن.

أبو عيشة، زاهدة وعبد الله، تيسير، **اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة النفسية**، ط١، ٢٠١٢، دار وائل، عمان، الأردن.

أبو عيطة، سهام درويش، وأحمد، أحمد عطا، "فاعلية برنامج ارشاد جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء اليهم"، **مجلة العلوم التربوية والنفسية- جامعة البحرين**، ٦، ١٦٥-١٩٨ (٢٠٠٥).

فايد، حسين علي، **الاضطرابات السلوكية: تشخيصها- أسبابها- علاجها**، ط١، ٢٠٠٣، مؤسسة طيبة، القاهرة، مصر.

كالهون، كارو، وريسك، باتريشيا، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، في: **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي**، بارلو، ديفيد (محرر)، ط١، ٢٠٠٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١١٥-٢٢٦.

كوري، جيرالد، **النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي**، ط١، ٢٠١١، دار الفكر، عمان، الأردن.

الإرشاد الأسري، المجلس الوطني لشؤون الأسرة، ٢٠١٠، عمان، الأردن.

مصطفى، أسامة فاروق، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية: الأسباب- التشخيص- العلاج**، ط٣، ٢٠١٣، دار المسيرة، عمان، الأردن.

مقدادي، يوسف موسى، **فاعلية العلاج باللعب والتدريب التوكيدي في خفض القلق وخفض التعرض للإساءة وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأطفال**، رسالة دكتوراه، ٢٠٠٣، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية:

Abuse-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Child Physical Abuse (AF-CBT), The National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2007, Washington. DC.

Ahmad, A. Sundelin, V. Sofi, M. Qahar, J. & Knorring, A. "Reliability and validity of a child – specific cross – cultural instruments for assessing posttraumatic stress disorder", **European Child & Adolescent Psychiatry**, 9, 285 – 294 (2000).

Australian Guideline for the treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder, Australian Center for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2013, Melbourne, Victoria, Australia.

Bassuk**,** E. L. Konnath, K. & Volk, K. T. **Understanding Traumatic Stress In Children**, 2006, The National Center on Family Homelessness, USA.

Bronner, M. Beer, R. Eldik, M. Grootenhuis, M. & Last, B. "Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing", **Developmental Neurorehabilitation**, 12, 170-174 (2009).

Child maltreatment Fact sheet N°150, World Health Organization [WHO], 2010, Geneva.

Cohen, J. A. "Treating Traumatized Children: Current Status and Future Directions", **Journal of Trauma & Dissociation**, 6, 109-121 (2005).

Cohen, J. A. Deblinger, E. Mannarino, A. P. **Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents: A Clinician's Guide**, 1st ed, 2006, Guilford Press, New York: USA.

Cohen, J. A. Deblinger, E. Mannarino, A. P. & Steer, R. "A multi- site randomized controlled trial for children with Abuse- related PTSD symptoms", **J am acad child adolesc psychiatry**, 43, 293-402 (2004).

Cohen, J. Mannarino, A. Murray, L. & Igelman, R. "Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children", **Journal of Social Issues**, 62, 737-766 (2006).

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Parents", **Child and Adolescent Mental Health**, 13,158–162 (2008).

Cohen, J. A. Mannarino, A. P. Kliethermes, M. & Murray, L. A. "Trauma-focused CBT for youth with complex trauma", **Child abuse negl**, 36, 528–541 (2012).

Dalgleish, T. "Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of Multirepresentational Theorizing", **Psychological Bulletin,** 130, 228–260 (2004).

Damian, S. I. Knieling, A. & Loan, B. G. "Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study ", **Romanian Journal of Legal Medicine**, 19, 135-140 (2011).

Damra, J. K. Nassar, Y. H. & Ghabari, T. M. "Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Cultural adaptations for application in Jordanian culture", **Counselling Psychology Quarterly,** 27, 308-323 (2014).

Deblinger, E. Mannarino, A. Cohen, J. & Steer, R. "Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 45, 1474-1484 (2006).

Deblinger, E. Mannarino, A. Cohen, J. Steer, R. & Runyon, M. "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the Trauma Narrative and Treatment Length", **Depression and Anxiety**, 28, 67–75 (2011).

Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed, text revision, American Psychiatric Association [APA], 2000, Washington, DC.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy An Informational Resource , SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices [NREPP], 2012, Washington, DC.

Feather, J. S. & Ronan, K. R. "Trauma-Focused CBT with maltreated children: A clinic-based evaluation of a new treatment manual", **Journal of Australian Psychologist**, 44, 174–194 (2009).

Foa, E. "Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder", **Journal of Clinical Psychiatry**, 61, 8-43 (2000).

Gill, D. F. "Identifying child abused" , **clinician reviews** , 22, 29-36 (2012).

Hartman, S. **From Efficacy to Effectiveness: A Look at Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a Community Setting**, Ph.D. Thesis, 2011, Pace University, USA.

Hendry, E. "Children and Domestic Violence: A Training Imperative", **Child Abuse Review**, 7, 129-134 (1998).

How to implement Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), The National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2004, Durham, NC & Los Angeles, CA.

Jaycox, L. Cohen, J. Mannarino, A. Walker, D. Langley, A. Gegenheimer, K… & Schonlau, M. " Children’s Mental Health Care Following Hurricane Katrina: A Field Trial of Trauma-Focused Psychotherapies", **Journal of Traumatic Stress,** 23, 223-231 (2010).

Jongh, A. Holmshaw, M. Carswell, W. & Wijk, A. " Usefulness of a Trauma-Focused Treatment Approach for Travel Phobia ", **Clinical Psychology and Psychotherapy,** 18, 124–137 (2011).

In the wake of childhood maltreatment. U.S. Department of Justice, 1997, Washington, DC.

Little, S. G. Akin-Little, A. & Gutierrez, G. "Children and traumatic events: therapeutic techniques for psychologists working in the schools", **Psychology in the Schools** , 46, 199-205 (2009).

Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect, Child Welfare Information Gateway [CWIG], 2008, Washington, DC.

Mannarino, A. P. & Cohen, J. A. "Abuse related attributions and perceptions, general attributions and locus of control in sexually abused girls", **Journal of Interpersonal Violence,** 11, 162-180 (1996).

Misurell, J. R. Springer, C. & Tryon, W. W. "Game-based cognitive behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A preliminary investigation"**, Journal of child sexual Abuse**, 20, 14–36 (2011).

Morgan, A. **What is Narrative Therapy?**, 2000, Dulwich center publications, Australia.

Parent-Child Interaction Therapy With At-Risk Families, Child Welfare Information Gateway [CWIG], 2013, Washington, DC.

Pediatric Trauma:Child Abuse Self-Learning Packet, Orlando Regional Healthcare, Education & Development [ORHED], 2004, North Carolina.

Preventing Child Maltreatment and Promoting Well-Being: A Network for Action, Department of Health and Human Services [DHHS], 2013, Washington, D.C.

Report of the consultation on child abuse prevention, Geneva, 29-31 March 1999 ,World Health Organization [WHO],1999, Geneva.

Rimer, P. & Prager, B. **Working to gather to identity and respond to child victim of abuse**, 1998, Nelson Learning Publishers, Nova Scotia, Canada.

Runyon, M. K. Deblinger, E. & Steer, R. A. "Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study", **Child & family behavior therapy**, 32, 196–218 (2010).

Scheeringa, M. S. Weems, C. F. Cohen, J. A. Jackson, A. L. & Guthrie, J. "Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year- old children: a randomized clinical trial", **Journal of child psychology and psychiatry**, 52, 853-860 (2011).

TF-CBT Web First Year Report, National Crime Victims Research & Treatment Center [NCVRTC], 2007, Charleston, SC.

The Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse, Kauffman foundation, 2004, Kansas City.

Thornback, K. T. **Change in parent-child discordance in trauma–focused cognitive behavior therapy**, Unpublished Master Dissertation, 2010, York University, Toronto, Ontario, Canada.

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: Addressing the Mental Health of Sexually Abused Children, Child Welfare Information Gateway [CWIG], 2007, Washington, DC.

Wanders, F. Serra, M. & Jongh, A. "EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial", **Journal of EMDR Practice and Research**, 2, 180-190 (2008).

Write, D. & Stone, M. **Best test design a handbook measurement**, 1st ed, 1979, MESA Press, Chicago.

الملاحق

ملحق (١)

نموذج تحكيم أداة الدراسة

سعادة الأستاذ الدكتور/ة.. المحترم/ة

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً"، وذلك استكمالاً للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد الأسري من الجامعة الهاشمية، ونظراً لمكانتكم وإسهاماتكم العلمية المتميزة في مجال الإرشاد النفسي وعلم نفس الطفل، فإنني أضع بين أيديكم محاور قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال) قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (Post-Traumatic Stress Symptoms In Children- PTSS-C) حيث اشتملت على (٣٠) فقرة يقوم الأب أو الأم أو أحد القائمين على رعاية الطفل بالإجابة عنها بنعم أو لا.

لذا أرجو التكرم بتقدير فيما إذا كانت هذه الفقرات تتناسب مع الأطفال المساء لهم جسدياً من سن (١٠-١٢) سنة، حيث أن فقرات القائمة تتوزع على أربعة أبعاد كما يلي:

١. **إعادة معايشة الحدث الصادم (Re experience):** وتتضمن عودة الذكريات المؤلمة للحدث، حيث أنها تعاود الطفل وتقتحم وعيه، أحلام وكوابيس تدور حول حادثة الإساءة والضرب، أو الشعور بأن الحدث قد عاد من جديد، ضيق النفس عند التعرض لأحداث تشبه في شكلها الإساءة التي تعرض لها (٤) فقرات.

٢. **الإثارة الانفعالية الزائدة (Hyper arousal):** وتكون على شكل يقظة كبيرة واستعداد دائم للهجوم وخوف مفاجئ من أن يلحق به أذى من أي شخص، صعوبات النوم، صعوبة في التركيز، الزيادة والمبالغة في استجابات الإجفال (٦) فقرات.

٣. **التجنب (Avoidance):** وتشمل تجنب الطفل للأفكار، المشاعر، الأنشطة، الأماكن التي لها علاقة بحادثة الإساءة (٧) فقرات.

٤. **الأعراض النفسية الأخرى(Other psychological symptoms)** تشتمل أعراضاً وسلوكيات أخرى تظهر على الطفل لاضطراب ما بعد الصدمة لا نصنفها تحت الأبعاد الثلاثة السابقة (١٣) فقرة.

الباحث أحمد الجواودة / كلية العلوم التربوية

الرقم	**الفقرة**	**تنتمي للبعد**	**لا تنتمي للبعد**	**واضحة**	**غير واضحة**	**التعديلات المقترحة**
إعادة معايشة الحدث الصادم						
١	تظهر الأحلام المزعجة المرتبطة بالإساءة					
٢	يلعب ألعاباً ترتبط بالإساءة					
٣	الشعور أو التصرف كأن الإساءة تتكرر مرة أخرى					
٤	تظهر مخاوف ترتبط بالإساءة					

الإثارة الانفعالية الزائدة						
٥	يعاني من مشكلات بالنوم					
٦	الشعور بالتعب والإرهاق دائماً					
٧	صعوبات في التركيز					
٨	يشعر بالتوتر المستمر					
٩	ردود فعل عنيفة بشكل مستمر					
١٠	يرتجف عند تذكر خبرة الإساءة					
التجنب						

١١	المحاولة لتجنب المواقف المرتبطة بالحدث الصادم					
١٢	محاولة تجنب التفكير بالحدث الصادم					
١٣	الرغبة الواضحة بالانسحاب الاجتماعي					
١٤	مشكلات في الذاكرة					
١٥	يبقى قرب والده او والدته					
١٦	العجز بالتعبير عن مشاعر الحب والدفء الانفعالي					
١٧	يخاف من المستقبل					
أعراض نفسية أخرى						
١٨	يعاني من الحزن والخوف بشكل مستمر					
١٩	يواجه الحزن والاكتئاب الواضح					
٢٠	يشعر بأنه هو المخطئ في كل شيء					

	مر به					
٢١	يعاني من مشكلات في الأكل					
٢٢	آلام في البطن أو الصداع					
٢٣	النشاط الجسدي والآثار النفسية الزائدة					
٢٤	حركات لا إرادية بالعضلات					
٢٥	يقضم أظافره					
٢٦	مص الإبهام أو الأصابع					
٢٧	يعاني من اضطرابات في الكلام					
٢٨	يشعر بالرعب والخوف دائماً دون سبب واضح					
٢٩	يخاف من أشياء لا تخيف الآخرين بالعادة					
٣٠	الحساسية الزائدة					

ملحق (٢)

نموذج تحكيم البرنامج الإرشادي

سعادة الأستاذ الدكتور/ة................................ المحترم/ة

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (TF-CBT) في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسدياً"، وذلك استكمالاً للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد الأسري في الجامعة الهاشمية، ونظراً لمكانتكم وإسهاماتكم العلمية المتميزة في مجال الإرشاد النفسي وعلم نفس الطفل، آمل من سعادتكم التكرم بتحكيم البرنامج الإرشادي المرفق، وسيكون لملاحظاتكم وتوجيهاتكم وآرائكم أكبر الأثر في الارتقاء بهذا البرنامج وهذه الدراسة، وستكون موضع شكر وتقدير.

أهداف البرنامج:

يهدف هذا البرنامج إلى تقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المساء لهم جسدياً من قبل أسرهم والتحقق من فعالية العلاج المركز على الصدمة والتعرف على مدى استمراريته أثناء فترة المتابعة بعد انتهاء الجلسات الإرشادية بثلاث أشهر، ويتم تحقيق الهدف العام للبرنامج من خلال تحقق الأهداف الخاصة الآتية:

١. تعريف المشاركين بالإساءة الجسدية والآثار التي تترتب عليها.

٢. تعريف الأعضاء ببرنامج العلاج المركز على الصدمة وفعاليته في التعامل مع حالات الإساءة.

٣. تدريب الأطفال على المهارات التي تسهم في مواجهة أعراض ما بعد الصدمة.

٤. إشراك أسرة الطفل في العملية العلاجية وتدريبهم على المهارات الوالدية كجزء من البرنامج العلاجي.

٥. تشجيع الأطفال على الحديث عن تجربتهم الشخصية والتعبير عن مشاعرهم في جو آمن بدون تجنب حادثة الإساءة.

٦. تشجيع الأطفال للتعامل مع المثيرات المرتبطة بالإساءة والمواقف التي لم تعد تشكل خطورة بدون خوف أو قلق.

٧. أن يمتلك الأطفال الكفاءة في كيفية التعامل مع المواقف المستقبلية والتقليل من مخاطرها.

مكونات البرنامج:

يتكون البرنامج العلاجي المقترح من عدد من الجلسات التدريبية التي تتضمن الطفل والشخص القائم على رعايته غير المسيء بواقع ثلاث عشرة جلسة تدريبية (الجلسة الأولية والجلسة الختامية وأحد عشر جلسة تدريبية) بواقع (٦٠-٩٠) دقيقة لكل جلسة منها.

وقد تم تلخيص هذه المكونات بكلمة واحدة هي (PRACTICE) والذي يشير كل حرف فيها إلى أحد مكونات العلاج، وقد تم اختبار العلاج المركز على الصدمة (TF-CBT) تحت ظروف طبقت فيها المكونات تدريجياً بحسب ترتيبها في كلمة (PRACTICE)، لذلك من المهم استخدام كل المكونات بالترتيب حسب ما هي مرتبة في الكلمة لأنه مبني على التتابع المنطقي لبناء المهارات لدى الأطفال، وهذه المكونات تتضمن التعليم النفسي (Psycho-Education) التدريب على المهارات الوالدية (Parenting Skills)، التدريب على مهارة الاسترخاء وإدارة الضغوط (Relaxation and Stress Management Skills)، التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation)، التوافق المعرفي والمعالجة (Cognitive coping and progressing)، سرد حالة الإساءة (Trauma Narration)، التعرض بالواقع للتمكن من التعامل الفعال مع المثيرات المرتبطة بالإساءة (In vivo mastery of trauma Reminders)، إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه (Conjoint child parent sessions)، تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Enhancing future safety and development).

الفئة المستهدفة:

يستهدف هذا البرنامج الأطفال المساء لهم جسدياً من الذكور تتراوح أعمارهم بين (١٠-١٢) سنة، لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، سيتم تشخيصهم تحت إشراف مرشد نفسي مرخص ومجاز يحمل شهادة الدكتوراه من قبل وزارة الصحة، يراجعون مركز التوعية والإرشاد الأسري في مدينة الزرقاء.

ملحق (٣)

قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (PTSS-C) بصورتها الأصلية

الرقم	الفقرة	نعم	لا
١	تظهر الكوابيس الليلية المرتبطة بالحدث الصادم		
٢	ألعب ألعاباً ترتبط بالحدث الصادم		
٣	الشعور أو التصرف كأن الحدث يتكرر مرة أخرى		
٤	تظهر مخاوف ترتبط بالحدث الصادم		
٥	اضطرابات النوم		
٦	الشعور بالتعب والإرهاق دائما		
٧	صعوبات في التركيز		
٨	التوتر وإثارة وتيقظ دائم		
٩	ردود فعل عنيفة بشكل مستمر		
١٠	ردود فعل فسيولوجية عند تذكر الحادثة الصادمة		
١١	المحاولة لتجنب المواقف المرتبطة بالحدث الصادم		
١٢	المحاولة بتجنب التفكير بالحدث الصادم		
١٣	الرغبة الواضحة بالانسحاب الاجتماعي		
١٤	ذاكرة مشوشة		
١٥	التعلق المرضي بالأهل		
١٦	العجز بالتعبير عن مشاعر الحب والدفء الانفعالي		
١٧	شعور غامض بالمستقبل		
١٨	مزاج متقلب غير ثابت		
١٩	أواجه الحزن والاكتئاب الواضح		
٢٠	مشاعر الذنب ولوم الذات		
٢١	أعاني من اضطرابات الأكل		
٢٢	آلام في البطن أو الصداع		
٢٣	النشاط الجسدي والآثار النفسية الزائدة		
٢٤	تشنجات لاإرادية بالعضلات		
٢٥	أقضم أظافري		
٢٦	مصم الإبهام أو الأصابع		
٢٧	أعاني من اضطرابات في الكلام		
٢٨	يظهر الرعب والذعر بشكل مستمر		
٢٩	أشعر بالمخاوف المرضية		
٣٠	الحساسية الزائدة		

ملحق (٤)

قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (PTSS-C) بالصورة النهائية

عزيزي الأب/الأم ...أمامك مجموعة من الفقرات التي تتعلق بوجود أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى طفلك بسبب تعرضه لخبرة صادمة، من خلال ملاحظتك لسلوك طفلك يرجى منك قراءتها جيداً وتحديد ما ينطبق منها عليه أو لا ينطبق وذلك بوضع إشارة (x) على الإجابة المناسبة ونحيطك علما أن هذه المعلومات سرية وستكون لأغراض الدراسة فقط ولك جزيل الشكر.

الرقم	الفقرة	نعم	لا
١	يتحدث الطفل عن أحلامه المزعجة المرتبطة بالإساءة		
٢	يلعب ألعاباً ترتبط بالإساءة		
٣	يتصرف كأن الإساءة تتكرر مرة أخرى		
٤	يبدي الطفل مخاوفاً ترتبط بالإساءة		
٥	يعاني من مشكلات بالنوم		
٦	يشعر الطفل بالتعب والإرهاق دائماً		
٧	يواجه صعوبات في التركيز		
٨	يشعر بالتوتر المستمر		
٩	يظهر الطفل ردود فعل عنيفة بشكل مستمر		
١٠	يرتجف عندما يتذكر خبرة الإساءة		
١١	يحاول الطفل تجنب المواقف المرتبطة بالحدث الصادم		
١٢	يتجنب الطفل التفكير بالحدث الصادم		
١٣	يرغب الطفل بشكل واضح بالانسحاب الاجتماعي		
١٤	يعاني الطفل من مشكلات تتعلق بالذاكرة		
١٥	يحرص الطفل على البقاء بالقرب من والده/ته		
١٦	يجد الطفل صعوبة في التعبير عن مشاعر الحب والدفء الانفعالي		
١٧	يتحدث الطفل عن مخاوفه بشأن المستقبل		
١٨	يعاني من الحزن والخوف بشكل مستمر		
١٩	يواجه الحزن والاكتئاب الواضح		
٢٠	يشعر بأنه هو المخطئ في كل شيء مر به		
٢١	يعاني من مشكلات في الأكل		

٢٢	يعاني آلام في البطن أو الصداع		
٢٣	يظهر الطفل نشاطاً جسدياً وآثاراً نفسية زائدة		
٢٤	يقوم بحركات لاإرادية بالعضلات		
٢٥	يقضم أظافره		
٢٦	يمص الإبهام أو الأصابع		
٢٧	يعاني من اضطرابات في الكلام		
٢٨	يشعر بالرعب والخوف دائما دون سبب واضح		
٢٩	يخاف من أشياء لا تخيف الاخرين عادةً		
٣٠	يظهر الحساسية الزائدة		

ملحق (٥)
نموذج طلب موافقة على المشاركة بمشروع بحث

الباحث : أحمد جميل الجواودة
طالب ماجستير إرشاد أسري في قسم علم النفس التربوي
كلية العلوم التربوية – الجامعة الهاشمية / الزرقاء – الأردن
الهاتف والبريد الإلكتروني: ٠٧٨٨٣٦٤٨٥٩ jwwdh@yahoo.com
تحت إشراف الدكتور جلال كايد ضمرة
الهاتف والبريد الإلكتروني: ٠٧٩٥٣٧٩١٨١ djalal2001@hotmail.com

عزيزي ولي أمر الطفل:

أنت مدعو للمشاركة في مشروع بحثي يجريه المرشد النفسي والتربوي الأستاذ أحمد الجواودة من قسم علم النفس التربوي، في كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية (HU) بعنوان " أثر "العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة" في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جسديا ". وقد تم اختيار ابنك للمشاركة في الدراسة لكونه تعرض لإساءة جسدية ولديه أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتم تشخيص ذلك تحت إشراف مرشد نفسي مرخص ومجاز يحمل درجة الدكتوراه من قبل وزارة الصحة (الدكتور جلال ضمرة)، ولأن عمر ابنك يتراوح بين (١٠-١٢) سنة وهي المعايير المحددة لاختيار أفراد الدراسة.

غرض الدراسة: الغرض من هذه الدراسة هو التقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة من خلال تلقي الطفل مجموعة من الخبرات العلاجية ضمن برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة المقترح.

طبيعة المشاركة: لأغراض هذه الدراسة لدي علم بأن ابني سوف يطلب منه حضور (١٣) جلسة علاجية للأطفال وأسرهم، منها (٦) جلسات إرشاد جمعي للأطفال فقط، من الجلسة الخامسة وحتى الجلسة العاشرة و(٧) جلسات إرشاد جمعي أخرى تتطلب وجود الطفل مع والده/ والدته أو الشخص القائم على رعايته بحيث يجلس كل طفل بجانب والده أثناء سير الجلسات، مدة كل جلسة (٦٠-٩٠) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً. خلال البرنامج العلاجي يشرح المرشد للأب/ الأم قائمة تتضمن (٣٠) سؤالاً بنعم أو لا تتعلق بوجود الأعراض لديه ويجيب عليها في ضوء ذلك، ويتم التعامل مع المعلومات المتوفرة بكل سرية وخصوصية .

تطبيق الأداة : يتوقع أن يقوم المرشد النفسي بتطبيق أداة " قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال" على ٣ مراحل: المرحلة الأولى قبل التطبيق العلاجي والثانية بعد التطبيق العلاجي والثالثة بعد التطبيق العلاجي وخلال فترة متابعة مدتها ٣ أشهر من العلاج لمعرفة استمرارية هذا الأسلوب العلاجي وفاعليته، تحتاج الأداة لزمن يتراوح ما بين (١٠–٢٠) دقيقة. وسيتم تطبيق البرنامج العلاجي خلال الفترة الواقعة ما بين شهري تشرين الثاني ٢٠١٣ وكانون الثاني لعام ٢٠١٤.

المخاطر والفوائد: من غير المتوقع تعرضك لأية مخاطر أثناء مشاركتك في الدراسة الحالية، في المقابل، من المتوقع من أن تنعكس عليك المشاركة ببعض الفوائد تتمثل بتقليل أعراض ما بعد الصدمة التي يعاني منها طفلك والتي ستنعكس إيجابا على كل جوانب حياته من النواحي الاجتماعية والأكاديمية والنفسية وزيادة تكيفه النفسي.

المشاركة الطوعية: أتفهم أن مشاركتي في هذه الدراسة هي اختيارية تمامًا. وأعلم أن لدي كامل الحق في الانسحاب من البحث في أي وقت دون عقوبة.

السرية: لدي علم بأنه سيتم خلال هذه الدراسة التعامل مع كامل المعلومات بشكل سري تماما حفاظا على خصوصية المعلومات. حيث أنه لن يطلب كتابة الاسم الصريح في الدراسة، والباحث هو الشخص الوحيد المطلع على هذه المعلومات وسيتعامل معها بسرية تامة. وليس لدي أي مانع من نشر نتائج البحث في المجلّات العالمية والمحلية.

أنا على علم بعدم وجود أي مشكلة لدى الباحث الأستاذ أحمد الجواودة في الإجابة على أي استفسار أو الحصول على معلومة إضافية أو التواصل عبر البريد الإلكتروني jwwdh@yahoo.com في أي وقت خلال إجراء الدراسة.

هذا وسيتم تزويد الباحث بنسخة موقعة من هذا النموذج.

لقد تفهمت المعلومات الواردة أعلاه ، وتمت الإجابة على كل أسئلتي المتعلقة بهذا البحث من قبل الباحث. وبناءً على ذلك وافقت على المشاركة.

أوافق على المشاركة طوعًا في هذا البحث.

اسم وتوقيع المشارك :...............................

اسم الباحث : أحمد الجواودة التوقيع ....

المشرف على البحث : د. جلال كايد ضمرة التوقيع ....

التاريخ : ....

الملحق (٦)

البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
	التعارف والتمهيد للبرنامج	٩٠ دقيقة	مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)	الأهل والأطفال

الهدف العام:

الترحيب والتعرف على الأطفال وآبائهم وتأسيس علاقة علاجية قائمة على الثقة مع الطفل والقائمين على رعايته والحفاظ على هذه العلاقة وتعريفهم بالبرنامج العلاجي الذي سيتم تطبيقه.

الأهداف الخاصة:

١. إتاحة المجال للتعارف المتبادل ما بين المرشد والمشاركين.
٢. تحقيق درجة من الألفة بين أعضاء المجموعة والمرشد من خلال تطبيق تمرين كسر الجليد.
٣. أن يتعرف المشاركين على أهداف البرنامج وما يمكن تحقيقه.
٤. مناقشة دور المرشد وتوقعات المشاركين من هذه اللقاءات.
٥. الاتفاق على مكان ومواعيد اللقاءات وضرورة الالتزام بها.
٦. تطبيق قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة على الأطفال.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- النمذجة
- الرسم.
- تمرين كسر الجليد

الأدوات:

أقلام وأوراق بيضاء وألوان لاستخدام الأهل والأطفال.

اللوح القلاب.

ملحق (٤) نموذج قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال.

نموذج (١) أدوار المرشد في المجموعة.

ملحق (٥) نموذج التفويض للأهل.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بالمشاركين ويشكرهم على الحضور ثم يقوم بتقديم نفسه للأعضاء المشاركين، ومن ثم يتيح المجال لكل مشارك أن يقدم نفسه للآخرين، حيث يبدأ المرشد بتقديم نفسه كنموذج للمشاركين اسمي..... طبيعة عملي......هواياتي ...... ومن ثم يعرف الأعضاء المشاركين عن أنفسهم بنفس الطريقة.

٢. يقدم المرشد للأطفال مجموعة من الأوراق والألوان ويطلب منهم أن يرسموا عليها رسماً هم يختارونه بهدف كسب ثقتهم ومناقشة رسوماتهم واكتشاف طبيعة مشكلاتهم التي يعانون

منها فيما يتعلق بعلاقتهم مع أسرهم وتعرضهم للعنف الجسدي ويجمعها بعد انتهائهم ويناقشها معهم .

٣. يقسم المرشد الآباء إلى مجموعتين ويطلب منهم كتابة خمس حقائق غير مألوفة عن نفسه وبعد ثلاث دقائق يجمع المرشد الأوراق للمجموعتين كل على حده، ويبدأ بقراءة ورقة من كل مجموعة بحيث يحاول أعضاء المجموعة الثانية تخمين صاحب الورقة مع تسجيل نقطة للفريق الفائز. يهدف هذا النشاط إلى خلق جو من الاندماج والتواصل بين المرشد والأعضاء المشاركين وزيادة الدفء والتقبل والتفهم تمهيداً للجلسات القادمة.

٤. يتحدث المرشد عن الأهداف التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها:

يوضح المرشد للأفراد المشاركين أن الهدف من البرنامج هو "تقليل أعراض اضطراب قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال واستمرار أثر العلاج عليهم" وسيتم ذلك من خلال التزامهم بالجلسات العلاجية والتي ستحتوي على استراتيجيات وفنيات ومكونات البرنامج العلاجي والتي صممت خصيصا للتعامل مع هذه الحالات، ويذكر المرشد أن التزام الأفراد المشاركين وتعاونهم ورغبتهم في تقليل الأعراض والالتزام بأداء بعض الواجبات البسيطة التي تطلب منهم أو من الأطفال سيساعد ذلك في حل المشكلات وسينعكس ذلك إيجاباً على كل جوانب حياتهم.

٥. مناقشة دور المرشد وتوقعات المشاركين من هذه اللقاءات:

يبدأ المرشد بتوضيح دوره في المجموعة بقوله: "سيكون دوري خلال البرنامج هو دور قائد المجموعة والذي يقوم بتنظيم وتنسيق الأفكار وسير الجلسة، وتنسيق الأدوار والمشاركات لأفراد المجموعة، والتدريب على المهارات والنشاطات التي يتضمنها البرنامج، ويمكن أن يستعين المرشد ببعض الفقرات التالية والتي تتضمن أدوار المرشد في المجموعة ويوزعها عليهم على شكل بطاقات:

نموذج (١) أدوار المرشد في المجموعة

١. تهيئه الجو الإرشادي المناسب من الحرية والإصغاء والاهتمام بمشكلات الأعضاء ومشاركتهم في المناقشة

٢. إدارة الحوار وتفسير بعض السلوكيات وتقديم التفسيرات بشأنها.

٣. الاهتمام ببناء العلاقة الإرشادية المهنية مع الأعضاء المشاركين قائمة على أساس من الدفء والفهم المتبادل بينه وبينهم.

٤. المرشد في مجموعة الإرشاد الجمعي هو معلم ومدرب وملاحظ وهو يعطي التعليمات والتوجيهات بهدف تطوير مهارات المشاركين.

٥. المرشد يقوم بتقديم وشرح المعلومات المتعلقة بمحتوى الجلسات الإرشادية والمهارات والواجبات التي يتضمنها البرنامج.

٦. المرشد يمثل نموذج فعال لباقي المشاركين وهو يقدم تغذية راجعة سليمة لهم.

٦. بعد ذلك يوجه المرشد السؤال التالي للمشاركين: ما هي توقعاتكم بعد إتمام البرنامج العلاجي، ويدون الإجابات على اللوح القلاب وفي النهاية يقدم المعلومة التالية:

يتوقع بعد إتمام تطبيق البرنامج العلاجي تحقيق ما يلي:

- تدريب الأب/ الأم على اكتساب مهارات التربية الوالدية ورفع الوعي لديهم نحو قضايا الإساءة للطفل.
- زيادة المهارات التكيفية ومهارات السلامة الشخصية للأطفال من خلال تلقي الطفل مجموعة من الخبرات العلاجية.
- تقليل أعراض قلق ما بعد الصدمة التي يعاني منها طفلك والتي ستنعكس إيجابا على كل جوانب حياته من النواحي الاجتماعية والأكاديمية والنفسية وزيادة تكيفه النفسي.

٧. يؤكد المرشد على ضرورة الالتزام بالمواعيد والمواظبة على حضور الجلسات الإرشادية في مواعيدها المحددة حتى تتحقق أكبر فائدة ممكنة، ويتم الاتفاق على مواعيد اللقاءات ومكانها والتأكيد على السرية التامة.

٨. يطلب المرشد من الأهل توقيع نموذج التفويض بعد أن يتم الاتفاق على آليات حضور الجلسات الإرشادية، مع الإجابة على أي استفسارات أو قضايا تخطر في بالهم.

٩. يقوم المرشد بالإجابة على فقرات قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال بعد أن يبسط المعنى ويوضحه لكل طفل.

١٠. ينهي المرشد الجلسة بسؤال المشاركين عن مشاعرهم وأفكارهم تجاه الجلسة ويشكرهم على حضورهم والمساهمة في إنجاح الجلسة مع تلخيص أهم ما دار فيها والتذكير بموعد الجلسة القادمة .

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
الثانية	**مقدمة حول العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة**	**٩٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأهل والأطفال**

الهدف العام:

إعطاء صورة ومعلومات واضحة للمشاركين حول العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وأهمية تطبيقه مع أطفالهم.

الأهداف الخاصة:

١. أن يزود المرشد المشاركين بمعلومات أساسية حول فاعلية العلاج المركز على الصدمة ونتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال .

٢. أن يتعرف المشاركين على أدوارهم المهمة في التعامل مع أبنائهم .

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- الحوار والمناقشة .
- التزويد بالمعلومات

الأدوات:

- نموذج (٢) نشرة بعنوان الأسرة والتنشئة الاجتماعية.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بالمشاركين ويشكرهم على الحضور ويلخص معهم أهم ما دار في الجلسة السابقة ، ويسألهم عن انطباعهم حول ذلك أو أي استفسارات أو اقتراحات حول محتويات الجلسة السابقة .

٢. يقدم المرشد معلومات عن الدور المهم الذي تقوم به الأسرة من مهام عظيمة في تربية أبنائها وتنشئتهم اجتماعياً، وأن هذا الأمر يتطلب منهم جهداً كبيراً، ويستعين المرشد ببعض الفقرات من النشرة بعنوان الأسرة والتنشئة الاجتماعية، ثم يوزعها عليهم.

٣. يزود المرشد المشاركين بمعلومات نظرية حول العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة ونتائج بعض الدراسات التي بينت فعالية العلاج كما يلي:

- يعد أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy- TF-CBT) من أهم وأحدث الأساليب العلاجية المصممة للتعامل مع الآثار النفسية السلبية للأطفال المساء لهم جنسياً وجسدياً. وهناك أدلة تشير إلى فعالية هذا الأسلوب العلاجي في التقليل من هذه الأعراض لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للإساءة.

ولاحقا تم توسيع استخدام الأسلوب العلاجي ليشمل الأطفال الذين لديهم مجموعة واسعة من التجارب المؤلمة بما فيها العنف الأسري أو الخسارة المؤلمة والصدمات المتعددة باستخدام الاستراتيجيات السلوكية المعرفية والأسرية، بحيث يتم تعليم الأطفال والآباء كيفية التعامل مع الانفعالات والأفكار التي تتعلق بتجاربهم المؤلمة من خلال التدريب على المهارات اللازمة للتخفيف من الأفكار السلبية التي تسبب التوتر والقلق والاكتئاب والوعي بالانفعالات وكيفية التعامل معها وتطوير مهارات الاتصال لديهم بطريقة صحيحة. ويتكون العلاج من مكونات عدة وهي مجموعة في كلمة ممارسة (PRACTICE) والذي يشير كل حرف فيها إلى أحد مكونات العلاج والتي تتضمن التعليم النفسي (Psycho-education) التدريب على المهارات الوالدية (Parenting Skills)، التدريب على مهارة الاسترخاء وإدارة الضغوط (Relaxation Stress Management Skills)، التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation)، التوافق المعرفي والمعالجة (Cognitive coping and progressing)، سرد حالة الإساءة (Trauma Narration)، التعرض بالواقع للتمكن من التعامل الفعال مع المثيرات المرتبطة بالإساءة (In vivo mastery of trauma Reminders)، إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه (Conjoint child parent sessions)، تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Enhancing future safety and development).

- يبين المرشد للمشاركين بأن برنامج العلاج المركز على الصدمة قد تم تطبيقه في العديد من الدول على الأطفال المساء لهم مثل هولندا وبريطانيا وفرجينيا وأريزونا وتورينتو وبورسبورغ والكونغو ونيوزلندا وغيرها من الدول وقد كانت نتائجها إيجابية في تحسين مستويات الصحة النفسية لديهم وأظهرت فعالية الأسلوب العلاجي (TF-CBT) في تعزيز مجموعة كبيرة من السلوكيات والانفعالات والمهارات الوالدية ومهارات السلامة الشخصية للأطفال، وخفض مستويات الخوف المرتبط بالإساءة وأعراض التجنب والاكتئاب وباقي أعراض قلق ما بعد الصدمة ، وزيادة التحسن والسلوكيات التكيفية مع استمرارية الأثر العلاجي لجميع الأبعاد خلال فترات المتابعة ولمدة سنة. وتعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات المتعلقة بالعلاج المركز على الصدمة التي ستطبق في الأردن وعلى مستوى دول الشرق الأوسط.

٤. ينهي المرشد الجلسة بشكر المشاركين ويلخص أهم الأفكار التي تم طرحها ويذكر بموعد الجلسة القادمة .

نموذج (٢) نشرة بعنوان:

الأسرة والتنشئة الاجتماعية

الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى التي تتلقى المخلوق البشري منذ أن يفتح عينيه على النور، وهي الوعاء الذي تشكل داخله شخصية الطفل تشكيلاً فردياً واجتماعياً كما أنها المكان الأنسب الذي تطرح فيه أفكار الآباء والكبار ليطبقها الصغار وعلى مر الأيام تنشئتهم في الحياة.

والأسرة أول جماعية يعيش فيها الطفل ويشعر بالانتماء إليها، ويتعلم كيف يتعامل مع الآخرين في سعيه لإشباع حاجاته، كما تعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية البنائية الأساسية في المجتمع.

خصائص الأسرة:

١. الأسرة جماعة اجتماعية دائمة تتكون من أشخاص لهم رابطة تاريخية وتربطهم ببعضهم صلة الزواج، والدم والتبني، أو الوالدين والأبناء.

٢. أفراد الأسرة عادة يقيمون في مسكن واحد يجمعهم.

٣. الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تقوم بوظيفة التنشئة الاجتماعية للطفل الذي يتعلم من الأسرة كثيراً من العمليات الخاصة بحياته مثل المهارات الخاصة بالأكل واللبس والنوم.

٤. للأسرة نظام اقتصادي خاص من حيث الاستهلاك وإنتاج الأفراد، لتأمين وسائل المعيشة للمستقبل القريب لأفراد الأسرة.

٥. الأسرة هي المؤسسة والخلية الاجتماعية الأولى في بناء المجتمع وهي الحجر الأساسي من استقرار الحياة الاجتماعية الذي يستند عليه الكيان الاجتماعي.

٦. الأسرة وحدة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين أفراد الأسرة الذين يقومون بتأدية الأدوار والواجبات المتبادلة بين عناصر الأسرة، بهدف إشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لأفرادها.

٧. الأسرة، بوصفها نظاماً للتفاعل الاجتماعي تؤثر وتتأثر بالمعايير والقيم والعادات الاجتماعية والثقافية داخل المجتمع، وبالتالي يشترك أعضاء العائلة في ثقافة واحدة.

أهم وظائف الأسرة:

١- **التربية الجسمية والصحية**: وهي العناية بأطفالهم وتربيتهم تربية جسمية وصحية وذلك بتقديم المأكل والمشرب والغذاء الصحي لتنمية أجسامهم وتدريبهم على ممارسة العادات الصحية والمأكل والنظافة والاعتماد على النفس.

٢-**التربية الأخلاقية والنفسية والوجدانية**: على الوالدين ان يؤمنوا تربية صالحة للأبناء تتسم بالأخلاق ويغرسوا في نفوسهم قيما واتجاهات سليمة تتناسب مع متطلبات مجتمعهم على أساس من الفهم والعلم، وكذلك تقديم الحنان والعطف والاطمئنان العاطفي والحب المتبادل، وكيف يتعاملوا مع الآخرين .

٣-**التربية العقلية**: إن حب الوالدين لأطفالهم مطلب أساسي للنمو العقلي الطبيعي، وإن الأطفال الذين لا يحصلون على العناية الكافية والانتباه اللازم يصبحون مختلفين في عدد من الميادين.

٤-**التربية الدينية**: تعليم أفراد الأسرة أمور عقيدتهم، منذ بداية حياته كيف يعامل ابناء دينه وكيف يتعامل مع ابناء الأديان الأخرى بما يرضي المجتمع ولا يغضب الله سبحانه وتعالى ولا يتنافى مع عقيدته.

٥-**التربية الجنسية**: يجب ان يعلموا الأبناء وتوعيتهم بالأمور الجنسية بالتدرج حتى تكون لديه معرفة مسبقة كي لا يصاب الطفل بالعقد النفسية أو المخاوف التي لا لزوم لها.

٦-**التربية الترويحية**: يجب على الأسرة الاهتمام بأوقات الفراغ بما يعود على مجتمعهم من نفع وفائدة، فاللعب ترويح عن النفس والجسد بعد التعب.

دور العلاقات الأسرية في التنشئة الاجتماعية للأطفال:

إن العلاقات المتسامحة المتمثلة بالمرونة، والرقة، والحرية، واحترام الآخر، والتكافؤ والعدل والمساواة مع الأطفال داخل الأسرة تؤدي إلى تحقيق التوازن التربوي والتكامل النفسي في شخصتهم: كالجرأة، والثقة بالنفس، والميل إلى المبادرة والروح النقدية، والإحساس بالمسؤولية، والقدرة على التكيف الاجتماعي.

أما أسلوب التسلطي لا يتوافق مع متطلبات النمو النفسي والانفعالي عند الأطفال، بل يؤدي في جملة ما يؤديه، إلى تكوين عقد النقص، والضعف، والإحساس بالقصور، وإلى تنمية الانسحابية والسلبية عند الطفل. وعندما تلجأ الأسرة إلى أسلوب التسلط والعنف فإنها تمارس دوراً سلبياً يتناقض مع مبدأ خفض التوتر النفسي الدائم عند الأطفال.

وفي إحدى الدراسات التي تناولت أثر المعاملة الديمقراطية المنزلية على سلوك ١٧ طفلاً، حيث وجد أن ديمقراطية البيت تخرج أطفالاً نشيطين ومندفعين، مخططين، فضوليين ولديهم شخصية قيادية، وعلى خلاف ذلك وجد أن الأطفال الذين يأتون من أسر متسلطة ميالون إلى الهدوء، غير مندفعين، محدودي الفضول قليلي الأصالة، وضعاف الخيال.

كما تتفق نتائج دراسات عديدة على أن الأطفال الذين ينتمون لأسر ديمقراطية يتميزون عن الأطفال الذين ينتمون لأسر متسلطة بأنهم:

أكثر اعتماداً على الذات وميلاً إلى الاستقلال وروح المبادرة، أكثر قدرة على الانهماك في نشاط عقلي تحت ظروف صعبة، أكثر تعاوناً مع الأطفال الآخرين، أكثر اتصافاً بالود وأقل اتصافاً بالسلوك العدواني، أكثر تلقائية وأصالة وابتكاراً.

الجلسة الثالثة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
	التعليم والتثقيف النفسي (Psycho-Education- P)	**٩٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأهل والأطفال**

الهدف العام:

أن يمتلك المشاركين معلومات أساسية حول أنواع الإساءة وآثارها النفسية

الأهداف الخاصة:

١. أن يميز المشاركين ما بين اتباع أسلوب العنف في تربية الأبناء وأسلوب بدائل العقاب البدني.
٢. أن يعدد المشاركين الآثار النفسية والاجتماعية والأكاديمية لاتباع أسلوب العنف مع الأطفال .
٣. أن يميز المشاركين أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أبنائهم .

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- الحوار والمناقشة .
- التزويد بالمعلومات .
- طرح الأمثلة ودراسات الحالة .

الأدوات:

- نموذج (٣) ورقة عمل بعنوان "ردود الأفعال الطبيعية وغير الطبيعية"
- نموذج (٤) نشرة بعنوان " ردود الفعل المتوقعة من الطفل بعد الإساءة الجسدية"

- جهاز عرض .
- نموذج (٥) نشرة بعنوان "بدائل العقاب البدني" .

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يبدأ المرشد الجلسة بالترحيب بالمشاركين وشكرهم على الالتزام والحضور.

٢. يقدم المرشد تغذية راجعة عن موضوع الجلسة السابقة ويلخص أهم ما تم الحديث عنه .

٣. يسأل المرشد المشاركين فيما إذا وجد لديهم أي استفسارات أو اقتراحات حول محتويات الجلسة السابقة.

٤. يوضح المرشد للمشاركين بأن الجلسة الحالية تحمل عنوان التعليم والتثقيف النفسي (Psycho-education) والذي نعرفه كما يلي:

التعليم والتثقيف النفسي (Psycho-education)
أن يقوم المرشد بتزويد المشاركين بالمعلومات والمعارف الحقيقية واللازمة حول الآثار المترتبة على الإساءة الجسدية واضطراب ما بعد الصدمة وردود الفعل المتوقعة للأطفال.

٥. يعطي المرشد مثالاً يحتوي على إساءة للطفل بحيث يقوم كل أب/أم مع طفله بكتابة ردود فعل يمكن أن تنتج جراء ذلك حسب النموذج رقم (٣) حتى يميز المشاركين بين ردود الفعل الطبيعية وغير الطبيعية، وبعد الانتهاء يتم نقاش ما تم كتابته مع تقديم التغذية الراجعة:

نموذج (٣) ورقة عمل الزمن ١٠ دقائق اسم النشاط: "ردود الأفعال الطبيعية وغير الطبيعية" مثال : تأخر ابنك اليوم لمدة ساعتين بعد انتهاء الدوام المدرسي لأنه كان يلعب كرة القدم مع أصدقاءه وقد قمت أنت بضربه بشدة .	
ردود الفعل الطبيعية (للطفل)	ردود الفعل غير الطبيعية
١.	١. ....
٢.	٢. ....
٣.	٣. ....

وفي نهاية التمرين يناقش المرشد المعلومات التالية التي يعرضها أمامهم على جهاز العرض:

يولد كل الناس ولديهم طرق للاستجابة للتوتر يؤثر على أجسامهم، عندما يواجه أي شخص حدثا مخيفا من الطبيعي أن يشعر بالخوف وأن تكون لديه ردود فعل معينة في جسمه والتي تحدث استجابة للمواد الكيميائية في أدمغتنا، بعض ردود فعل الجسم تشتمل على: سرعة التنفس أو قصر النفس، توتر وشد العضلات، مشاعر القلق، والشعور بحالة عالية من الترقب والاستعداد، أنواع من الصداع، الدوخة، وتشعر بأن رأسك خفيف، ألم في المعدة، أو الشعور بالغثيان، طفح على الجلد أو حكة أو تهيجات جلدية أخرى.

في العادة عندما يتلاشى الخطر تتلاشى ردود الفعل الجسدية هذه وتعود دقات القلب والتنفس ومشاعر القلق وباقي الأعراض إلى الحالة التي كانت عليها قبل الخطر، ولكن عندما يواجه الأطفال صدمات معينة أو تعرضوا للإساءة الجسدية أو الضرب فقد تبقى أجسادهم في حالة حذر قصوى، في هذه الحالة فإن أي حادث إخافة آخر أو أفكار أو ذكريات مخيفة قد تثير مزيداً من ردود الفعل مما يؤدي إلى حالة مستمرة من التوتر والقلق في كل من الجسم والمشاعر، ولكن يمكننا من خلال تمرينات التنفس والاسترخاء قلب هذه العملية بحيث تتمكن من العودة إلى حالة الهدوء وتسترخي ثانية.

٦. يقوم المرشد بتقديم معلومات عامة حول الإساءة الجسدية للطفل وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة بهدف إبعاد المعلومات غير الدقيقة والخرافات التي يحملونها عن هذه الاعتداءات وعواقبها و يعرف الطفل والوالدان أن العديد من العائلات الأخرى قد واجهت حادثة أخرى مشابهة، وأن هذه العائلة بالذات ليست الوحيدة فيما يخص التحديات الصعبة التي يواجهونها الآن ويعرض المعلومة التالية على جهاز العرض من أجل المناقشة :

الإساءة الجسدية للطفل (Physical Child Abuse)
نمط سلوكي يمارسه الأهل ينتج عنه إلحاق ضرر جسدي فعلي أو محتمل للطفل خلال وجود التفاعل أو عدم وجوده أثناء وجود والده / والدته أو شخص آخر موضع مسؤولية أو ثقة أو سلطة عليه وقد تكون حادثة فردية أو مكررة.

يمكن أن تترك الإساءة آثاراً سلبية على الأطفال قد تستمر مدى الحياة، إذ قد تؤثر خبرات الإساءة على الأداء الوظيفي للطفل برمته وعلى الاتجاهات والكفاءة الاجتماعية والأداء المدرسي والعلاقات المستقبلية في مراحل المراهقة والرشد إضافة إلى تناقل ممارسات الإساءة عبر الأجيال، ويمكن أن ينتج عن ذلك ضعف في العلاقات الأسرية والإصابات المختلفة وضعف الثقة بالنفس مما يؤثر

على مفهومه لذاته وتحصيله الدراسي وانخفاض دافع الإنجاز لديه ويمكن أن تتضمن الإساءة ردود الفعل والمؤشرات التالية ، يقوم المرشد بنقاشها ويوزعها على المشاركين على شكل نشرة :

نموذج (٤) ردود الفعل المتوقعة من الطفل بعد الإساءة الجسدية

الانفعالية: الحزن، الألم، الخجل، الغضب، الحرج، الارتباك، الخوف، القلق، التوتر، عدم الشعور بالأمان، الشعور بالانتقام، الرغبة بالهرب، الرغبة في إيذاء الذات، والخوف عند بكاء الأطفال الآخرين، الخوف من الوالدين وخاصة المسيء أو الاعتماد عليه بشكل كامل، وكما تشمل الخوف من العودة من المدرسة إلى المنزل والاكتئاب.

السلوكية: ، البكاء، الندم، الاعتذار والانعزال ، السلوك غير المتزن والذي يتراوح بين العدائية ، والميل إلى التمرد والعدوانية كوسيلة للتنفيس والتعويض، وتخريب ممتلكات الآخرين دون أي إحساس بالذنب، وأعراض أمراض نفسية وجسدية ، حركات عصبية كأن يجفل الطفل بدون سبب.

كما أن الضرب يفقد الطفل ثقته بنفسه وقدراته، ويخلق شخصية انسحابية منطوية تميل إلى الخوف وعدم الإقدام على المبادأة والإنجاز، بالإضافة إلى تكوين شخصية متمردة وعدوانية تميل إلى أعمال التخريب والتعذيب، وتكون شخصيته مضطربة اجتماعياً وسلوكياً مخالفة للعادات والتقاليد.

الاجتماعية : تتمثل في ضعف العلاقات الاجتماعية والأسرية والميل للانعزالية، وضعف التواصل مع الآخرين والتعبير عن نفسه ، وتجنب الالتقاء بالبالغين.

الأكاديمية: انخفاض التحصيل الدراسي ودافع الإنجاز، الغياب المتكرر وغير المبرر عن المدرسة أو الهروب من المدرسة.

وهناك المؤشرات الأكثر خطورة على الأطفال والتي تتعلق بأعراض قلق ما بعد الصدمة يتم عرضها على جهاز العرض والتي تتضمن ما يلي :

أعراض قلق ما بعد الصدمة للطفل

١. إعادة معايشة حادثة الإساءة التي تعرض لها (re experience) وتتضمن عودة الذكريات المؤلمة للحدث، حيث تعاود الطفل وتقتحم وعيه، أحلام وكوابيس تدور حول حادثة الإساءة والضرب، أو الشعور بأن الحدث قد عاد من جديد، ضيق النفس عند التعرض لأحداث تشبه في شكلها الإساءة التي تعرض لها.

حالة ١ : عثمان طفل عمره (١٠) سنوات تعرض للضرب من والده في نهاية العام الدراسي داخل المدرسة بسبب شكوى من معلم اللغة الإنجليزية عليه ، وفي بداية هذا العام بدأ يشعر بالذعر الشديد كلما دخل المدرسة ويضيق نفسه أكثر ويتذكر ما حدث له سابقاً وخاصة عندما يأتي موعد حصة اللغة الإنجليزية ، حتى أنه لا يجرؤ على الذهاب لمدير المدرسة ليطلب منه المساعدة لتخطي هذه المشكلة خوفاً من إبلاغ والده الذي قد يأتي للمدرسة ويضربه أمام المدير كما حدث معه سابقاً .

٢. الإثارة الانفعالية الزائدة (arousal): وتكون على شكل يقظة كبيرة واستعداد دائم للهجوم وخوف مفاجئ من أن يلحق به أذى من أي شخص، صعوبات النوم، صعوبة في التركيز، الزيادة والمبالغة في استجابات الإجفال.

حالة ٢ : رمزي طفل عمره (١١) سنة تعرض للضرب الشديد من والده أكثر من مرة بسبب زوجة أبيه التي لا تحبه لذلك هو لا يصغي لها ويعتبر أنها غريبة عنه ، وقد أصبح مؤخراً يجفل من أي شخص يقترب منه لمسافة قصيرة بشكل مبالغ فيه كما أنه دائم شرود الذهن ، ويتفاجأ ويجفل من أي شخص يحاول تنبيهه بشكل مبالغ فيه معتقداً أنه سيضربه أو سيعتدي عليه .

٣. التجنب لأي أفكار أو الحديث عن أي حدث له علاقة بالإساءة (avoidance): وتشمل تجنب الطفل للأفكار، المشاعر ، الأنشطة، الأماكن التي لها علاقة بالإساءة.

حالة ٣ : زياد طفل عمره (١٠) سنوات ، لكنه أصبح مؤخراً يخاف جداً أن ينام في غرفته على الرغم من أنه كان ينام فيها عندما كان أصغر من عمره الحالي ، وهو حتى لا يعبر عن سبب خوفه من ذلك ، كما أنه لم يعد يدرس في غرفته أو يدعو أصدقاءه للعب معه على الرغم من أنه كان يفعل ذلك سابقاً ، ولكن هذا الأمر كان مزعجاً لوالدته التي ألحّت عليه لمعرفة السبب وراء كل ذلك وقد اعترف أخيراً أنه يتجنب دخول غرفته والقيام بأي نشاط فيها لأن والده عادة ما يدخله إلى الغرفة ويغلق الباب ويضربه فيها ، وكل مرة يكرر ذلك في نفس المكان ، لذلك أصبح زياد يتجنب أي نشاط في غرفته حتى لا يفكر أو يشعر بما حدث له .

٧. يضيف المرشد معلومة بأن المؤشرات والأعراض التي ذكرت وردود الفعل المتوقعة للأطفال يمكن أن تزول تماما من خلال السير ضمن البرنامج العلاجي والاستمرار به حتى النهاية.

٨. يقدم المرشد للمشاركين نموذج (٥) نشرة بعنوان " بدائل العقاب البدني " يقومون بالاطلاع عليها وقراءتها بشكل فردي مع إمكانية الاستيضاح حول أي نقطة غير واضحة أو أية أسئلة يودون طرحها خلال الجلسة القادمة .

٩. يشكر المرشد المشاركين على حضورهم والتزامهم ويلخص أهم ما تم نقاشه مع التذكير بموعد الجلسة القادمة.

نموذج (٥) نشرة بعنوان "بدائل العقاب البدني "

إن البدائل التالية هي بمثابة حلول تربوية دبلوماسية لمشكلات سلوكية اعتاد الناس على مواجهتها بأساليب عقابية تنال من إنسانية الإنسان دون أن يراوح السلوك مكانه ؛ بل يمكن لهذا السلوك أن يأخذ مساراً غير مألوف وخطير نتيجة للطريقة الخاطئة في التعامل معه ، فقد نمارس عقوبة الضرب المبرح على طالب نسي قلمه ، فيلجا هذا الطالب إلى سرقة قلم زميله هروبا من العقاب ، حينها ندرك(أو يجب أن ندرك) أننا قدّمنا للمجتمع مشروع لِصّ محترف تلقّى تدريبه الأولي على السرقة في المدرسة ! ، وقد نعاقب طفلا على تبسمه في الحصة فيأبى الذهاب إلى المدرسة في اليوم التالي بما يسوقه لذويه من مبررات (كالمرض) فنكون قد ساهمنا بتسرب طفل من المدرسة وألقينا به في الشارع لينضم إلى قائمة المشرّدين في طفولتهم ، والعاطلين عن العمل في كبرهم، والعالة على المجتمع في شيخوختهم.

الاستراتيجيات التالية تمثل بدائل تربوية للتعامل مع كل ما يمكن أن يصدر من سلوكيات خاطئة ، حدة السلوك ودرجة تكراره ومكانه وزمانه والظروف المحيطة به ودرجة تأثيره، تمثل مع غيرها معايير واعتبارات تؤخذ بعين الاعتبار في مواجهة السلوك بالاستراتيجية المناسبة .

١. **التعزيز الإيجابي** : عملية تؤدي إلى زيادة احتمالات تكرار السلوك المرغوب به في المستقبل في المواقف المماثلة. ومن أشكاله الثناء على الطفل عندما يحسن تصرفه، أو الإصغاء للطفل العدواني أو الاقتراب منه أو تزويده بالوقت الحر أو بالنشاطات المحببة أو الثناء عليه لفظياً (أحسنت هذا عمل جيد........) عند الالتزام بالجلوس بدون إيذاء أحد . كما يشمل التعزيز الإيجابي على الشهادات التقديرية الخاصة بالسلوكيات الجيدة في المدرسة أو إعطاءه زيادة على مصروفه بسبب تصرفه بطريقة مناسبة .

٢. **التعزيز السلبي**: هو الإجراء الذي يتمثل بإزالة أو سحب مثير غير مرغوب فيه أو إزالة حالة مؤلمة نتيجة قيام الطفل بسلوك مرغوب فيه بهدف الحفاظ على هذا السلوك وتقويته وزيادة احتمالات تكراره في المستقبل ، ومن أمثلة التعزيز السلبي الامتناع عن الطلب من الطفل الذهاب للبيت لأنه يقوم الآن بالدراسة على امتحاناته ويحل واجباته ، تقول الأم لن أرسلك الآن لتشتري لنا لأنك تقوم بحل واجباتك المدرسية وتدرس على الامتحان .. أو أن تقول الأم : سأقوم أنا اليوم بترتيب غرفتك بدلاً منك لأنك تصرفت بشكل جيد مع أخوك الصغير

٣. **الإطفـاء** : ويعني الامتناع عن تقديم أي تعزيز للسلوك السلبي ؛ والإطفاء إجراء تربوي لتقليل السلوك غير المرغوب. ومن المهم في الإطفاء تضمينه بعض التعليمات كأن توجه كلاما للطفل في كل مرة يحافظ فيها على النظام . والإطفاء كذلك يقوم على تجاهل الفعل السلوكي السيء وكأنه غير موجود، ويستخدم هذا الأسلوب في تعديل السلوك السيئ لدى الطفل، كتعوده على الصراخ حين يطلب من أمه شيئاً، فحين تجيب طلبه فهي تعزز هذا السلوك فيستمر بممارسته، وحين تتجاهله يزول الربط لديه بين المثير والسلوك، فيشعر أن الصراخ لن يفيده فيكُفّ عنه.

٤. **التشكيل** : ويقصد به اللجوء إلى تعليم سلوكيات جديدة مرغوبة غير موجودة أصلا، أو أنها ذات صلة بسلوك ظهر الآن ويقترب بشكله ودافعه من السلوك المراد تشكيله على أن يتم دعم السلوك الجديد بالتعزيز المادي أو المعنوي من أجل المحافظة على استمراريته. والاستخدام الفعال للتشكيل يتطلب التدرج في تشكيل السلوك إلى أن نصل إلى السلوك النهائي المرغوب. وهكذا يتم تعزيزه في كل مرة إلى أن نصل به إلى السلوك النهائي .

٥. **التصحيح الزائد**: وتشير هذه الاستراتيجية كبديل للعقاب إلى إحلال السلوك الايجابي محل السلوك السلبي وصولا إلى السلوك المثالي أو وصولا إلى إعادة الوضع إلى أحسن مما كان عليه ،ومن الأمثلة على ذلك قيام الطفل بعدم ترتيب فراشه أطلب منه أن ترتيب فراشه وترتيب كامل الغرفة، ومثال آخر إلزام الطفل إن أخطأ في كتابة كلمة إملائية بكتابتها عدة مرات بشكل صحيح .

٦. **التعاقد السلوكي**: تمثل هذه الاستراتيجية عقدا أو اتفاقية مشروطة وموثقة بين الأسرة والطفل وتظهر في بنودها الاستجابات المطلوبة كما تظهر المعززات المناسبة التي تضعها الأسرة بالاتفاق مع طفلهم ، وقد تكون الاتفاقية غير مكتوبة ؛ على أن تكون السلوكيات أو الاستجابات معقولة وكذلك المعززات ، وأن تتبع السلوك المستهدف مباشرة ، ومن السلوكات التي تعالج بهذه الاستراتيجية : التخريب المتعمد للأثاث أو التأخر ، التغيب، عدم أداء الواجبات .

٧. **مبدأ بريماك Bremack/ قانون الجدة** : قانون بريماك أو قانون الجدة من الأساليب السهلة التي يكثر الآباء من اللجوء إليها ، فان جلس الطفل هادئا أخذته أمه معها إلى السوق ، وان قام بواجباته المدرسية مبكراً حصل على ساعة من اللعب مع أصدقائه . وقانون بريماك مرتبط بما يطلبه الأطفال من أمهاتهم ، فان طلب الخروج خارج المنزل مع أصدقائه ؛ نقول له تحفظ الأنشودة أولا ثم أسمح لك بالذهاب ، وإن طلب الطفل من أمه أن يشاهد" طيور الجنّة " قالت له : رتب سريرك أولا ثم ادعك تشاهد ما تريد .

٨. **تكلفة الاستجابة**: وهي استراتيجية قائمة على فكرة سحب ما كان يتمتع به الشخص المخالف من امتيازات (معززات) أو بعض مما كان يتمتع به وهو بمثابة تحمل مسؤولية ما تسبب به من أخطاء والعمل على دفع الثمن بمقدار ذلك الخطأ ، ومن الأمثلة على ذلك حرمان الطفل الذي شتم أخوه من اللعب على لعبة البلايستيشن مع إخوانه وتأجيل مشاركته لبعض الوقت .

٩. **النمذجة** : وهي عملية تغير السلوك نتيجة ملاحظة سلوك الآخرين (أي مشاهدة لنموذج معين) وهذه العملية أساسية في معظم مراحل التعلم الإنساني لأننا نتعلم معظم الاستجابة من ملاحظة الآخرين وتقليدهم وهي استراتيجية قائمة على المحاكاة الايجابية لأنواع السلوك ، فالتعليم بالنمذجة أنجح أساليب التعليم وفيها يستطيع الأب/ الأم تعديل سلوك طفلهم دون تحقيره والتقليل من شأنه ، فيكفي من الأب/الأم أن يلتقط ورقة ويضعها في سلة المهملات ليبعث في الطفل اتجاه المحافظة على نظافة الغرفة ، ويكفي من الأب/ الأم أن يطرق الباب إيذانا بدخول الغرفة على الطفل تعزيزا لاتجاه الاستئذان ، ومن الأمثلة على ذلك تعلم الطفل أن يغسل اليدين بعد الخروج من الحمام وهكذا بالنسبة لكثير من السلوكيات.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
الجلسة الرابعة	المهارات الوالدية (Parenting Skills – P)	٩٠ دقيقة	مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)	الأهل والأطفال

الهدف العام:

أن يكتسب المشاركين المهارات الوالدية اللازمة للتعامل مع أطفالهم للتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية التي تعرضوا لها.

الأهداف الخاصة:

١. أن يستخدم المشاركين المهارات الوالدية المناسبة أثناء تعاملهم مع أطفالهم الذين تعرضوا للإساءة الجسدية.
٢. أن يتعرف المشاركين على المواقف والاستجابات التي يستحق الطفل التعزيز عليها ويعززوها لديه.
٣. أن يتقن المشاركين استخدام مهارة الانتباه الانتقائي وتجاهل السلوك السلبي .
٤. أن يتعرف المشاركين إلى مفهوم العزل للطفل والآلية المناسبة لاستخدامه .

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- الحوار .
- الواجب البيتي .
- التمارين وأوراق العمل

الأدوات:

أقلام وأوراق لاستخدام الأهل.

نموذج (٦) تمرين استجابات الطفل والتعزيز المقدم

نموذج (٧) الواجب البيتي بعنوان "أثر التعزيز على مزاج وسلوك الطفل".

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يبدأ المرشد الجلسة بالترحيب بالمشاركين ويشكرهم على الحضور .

٢. يقوم المرشد بتلخيص الأفكار التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة والتأكيد على أهمية الجلسات للأهل والأطفال، حيث أننا خلال الجلسة السابقة تحدثنا عن بعض المعلومات التي تتعلق بالإساءة وآثارها وردود الفعل التي يمكن أن تظهر جراء ذلك على الأطفال مع التأكيد مرة أخرى على إمكانية التعافي من ذلك تماماً من خلال البرنامج العلاجي الذي نسير فيه حالياً. ويسألهم إن كان هناك أي استفسارات أو اقتراحات حول محتويات الجلسة السابقة .

٣. يوضح المرشد عنوان الجلسة الحالية وهو المهارات الوالدية (Parenting Skills) والتي سيتم خلالها تقديم بعض المهارات الوالدية المهمة والضرورية ليوظفها الأهل في تعاملاتهم مع أطفالهم والتي تهدف للتقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وردود الفعل التي تم الحديث عنها في الجلسة السابقة، بحيث يتم أثناء هذه الجلسة توضيح ثلاث مهارات مهمة وهي: التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement)، الانتباه الانتقائي (Selective Attention)، العزل (Time-Out) كما يلي:

التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

١. التعزيز الإيجابي : هو عملية تدعيم السلوك المناسب أو زيادة احتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية عندما يقوم الطفل بذلك السلوك بعد حدوثه. ولا تقتصر وظيفة التعزيز على زيادة احتمالات تكرار السلوك في المستقبل ، فهو ذو اثر إيجابي من الناحية الانفعالية أيضا حيث أنه يؤدي إلى تحسين مفهوم الذات و يستثير الدافعية ويقدم تغذية راجعة بناءة.

يحدد المرشد للآباء كيفية توجيه التعزيز الإيجابي للطفل بشكل فاعل حيث تشتمل التعليمات على ما يلي:

- عزز سلوكا محدداً مثل: " أحببت فيك استجابتك السريعة عندما طلبت منك أن تأخذ كيس القمامة أول مرة
- اختر المعززات الإيجابية المناسبة للفرد .
- قدم التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب فيه.
- عزز السلوك في كل مرة يحدث فيها (على الأقل في البداية).
- زود التعزيز بمستوى جيد من الكثافة (بدون فتور).
- يتحين الأهل فرصاً يكون فيها الطفل في حالة هادئة والتي لا يظهر فيها المزاج الغاضب والمتهيج (أعراض اضطراب ما بعد الصدمة).
- يتم تشجيع الأهل على الاستماع بشكل فاعل والمشاركة مع الأطفال عندما ينخرطون في أحاديث صحية أو سلوكيات إيجابية.
- يمكن تطبيق لعب الأدوار من قبل الوالدين مع المرشد في سيناريوهات مختلفة حيث يقوم الأهل بتعزيز طفلهما ويصحح المرشد أي أخطاء ويقدم التغذية الراجعة.

٤. يقسم المرشد المشاركين إلى مجموعات ويطلب من كل مجموعة كتابة استجابات وتحديد مواقف تستحق التعزيز ثم تقديم تغذية راجعة لهم.

نموذج (٦) استجابات الطفل والتعزيز المقدم

استجابة/موقف الطفل	التعزيز المقدم
يقوم طفلي بترتيب غرفته بعد الاستيقاظ من النوم .	١. أقول له : أنا أحبك لأنك دائما ترتب غرفتك. ٢. أعطيه زيادة بسيطة على مصروفه.

٥. تكون الخطوة التالية بالتدريب على مهارة الانتباه الانتقائي بعد أن يوضح المرشد معنى المهارة وكيفية استخدامها مع الطفل ومن ثم يتم تطبيقها عن طريق لعب الدور من خلال اختيار أحد المشاركين ليقوم بدور الأب/ الأم وأحد الأطفال ليقوم بدور الطفل ويستخدم الأب مهارة الانتباه الانتقائي حسب سلوك الطفل. ويعمل المرشد على تقديم التغذية الراجعة على طريقة الاستجابة.

الانتباه الانتقائي (Selective Attention)

هو تقديم التعزيز للسلوكيات الجيدة وتجاهل معظم السلوكيات السلبية بشكل انتقائي (باستثناء السلوكيات الخطيرة التي قد يتسبب فيها الطفل بإيذاء نفسه أو الآخرين)، ومن الأمثلة على السلوكيات التي سيكون من الأفضل تجاهلها:

- نوبات غضب انفعالية أو التلفظ بطريقة غاضبة موجهة للوالدين.
- النظر للوالدين مع تجهم الوجه وتشكيل صورة قبيحة بالوجه، أو تحريك العيون وكأنها تتدحرج أو الضحكة المتكلفة أمام الوالد/ة.
- تقليد الوالدين أو الاستهزاء بهم أو تقليدهم بسخرية.
- تعليقات مثيرة المقصود منها أن تكون مزعجة بشكل متعمد.

يوضح المرشد للوالدين أن مثل هذه السلوكيات، على الرغم من أنها غير سارة، لكنها ليست ضارة وغالبا ما تكون جهدا ومحاولة من الطفل لإثارة الوالدين، أي إثارة ردود الفعل السلبية لديهم. إذا لم تعد ردود الفعل السلبية متوقعة، فإن هذه السلوكيات سوف تتوقف في نهاية المطاف. يجب على الوالد أن يمارس المشي والذهاب بعيدا عن الموقف ولكن بهدوء، دون تعليق على تلك السلوكيات، وأن يشغل نفسه بنشاط آخر في جزء آخر من البيت أو في غرفة مختلفة عن التي يوجد فيها الطفل.

٦. يوضح المرشد معنى العزل وكيفية استخدامه عندما يتصرف الطفل بطريقة مزعجة ويطبق التمرين بشكل عملي أمام الأهل من خلال لعب الدور ويطلب منهم تطبيق التمرين أثناء الجلسة مع تقديم التغذية الراجعة المناسبة وتصحيح أي أخطاء .

العزل (Time-Out)

أهداف تطبيق تقنية العزل هي:

١. مقاطعة سلوكيات الطفل السلبية وبالتالي السماح له باستعادة السيطرة العاطفية والسلوكية.

٢. حرمان الطفل من فرصة أن يتلقى أي نوع من الانتباه.

يجب على الوالد أن يفسر خطوات العزل للطفل قبل أول مرة يستخدمها، بدءا بأن الطفل إذا لم يمتثل لطلب الوالد/ين بالتوقف عن سلوك معين، فسوف يقوم الوالد بتطبيق تقنية التوقف المؤقت مع الطفل. يجب أن تتم هذه العملية بهدوء، وبأقل قدر ممكن من إثارة الغرفة المتوفرة، ويجب أن تدوم فقط لمدة دقيقة عن كل سنة من عمر الطفل (مثلا ٧ دقائق لطفل عمره ٧ سنوات). قبل عمل هذا الإجراء، على الوالد أن يطلب من الطفل بهدوء أن يتوقف عن السلوك غير المرغوب، محددا هذا السلوك غير المرغوب (مثل "من فضلك توقف عن ركل الباب بدلا من التصرف بشكل غير مناسب، إذا استمر السلوك، فقد يذكّر الوالدان الطفل بأنه سوف يطبق عليه إجراء العزل time-out إذا لم يتوقف هذا السلوك. إذا لم يتوقف الطفل، على الوالدين أن ينقلا الطفل إلى زاوية التوقف المؤقت المخصصة لهذا الغرض، دون أي تعليق إضافي، وبتصرف هادئ غير انفعالي. على الوالدين أن يمتنعا عن الاستجابة أو الرد على ألفاظ الطفل أو السلوكيات السلبية الأخرى. يجب ضبط ساعة التوقيت عندما يتوقف الطفل عن الصراخ، والضرب على الجدران بقوة ..الخ، في الغرفة المخصصة للتوقف المؤقت. بمجرد انتهاء الوقت على الوالد أن يعيد الطفل من غرفة العزل ويواصل مع الأنشطة العادية. إذا كان الطفل الآن يتصرف بطريقة مناسبة، يجب على الوالد التفاعل معه بطريقة إيجابية، معطيا انتباها واهتماما إيجابيا وعليه أن يمتنع عن إظهار الضجر أو الغض من المشاكل السلوكية السابقة للطفل. بهذه الطريقة، يتعلم الطفل أن السلوك الجيد يقود إلى اهتمام جيد من قبل الوالدين، بينما يقود السلوك غير الجيد إلى عدم الاهتمام .

٧. يطلب المرشد من المشاركين أداء بالواجب البيتي نموذج (٧) الذي يتمثل بأثر الإطراء والمديح مع الأطفال ويقوم المرشد بتدريبهم على كيفية أداءه. وتقديمه في الجلسة القادمة المخصصة للقاء الأطفال بدون وجود الأهل مع إمكانية تخصيص وقت لمناقشة ذلك قبل أو بعد الجلسة إذا كان هناك أي استفسار، ويشكرهم على حضورهم وإسهامهم في إنجاح الجلسة ويلخص أهم ما دار فيها مع تذكيرهم بموعد الجلسة القادمة.

نموذج (٧) الواجب البيتي " أثر التعزيز على مزاج وسلوك الطفل"

اليوم	السلوك الإيجابي للطفل	الإطراء المقدم	أثر الإطراء على مزاج وسلوك الطفل
الأحد			
الاثنين			
الثلاثاء			
الأربعاء			
الخميس			

٨. إنهاء الجلسة بشكر المشاركين على حضورهم والالتزام بذلك وتلخيص أهم ما تم نقاشه مع التأكيد عليهم على ضرورة تشجيع الأبناء وتحفيزهم على الحضور للجلسة القادمة والالتزام بذلك .

الجلسة الخامسة	**عنوان الجلسة**	**الوقت**	**المكان**	**الفئة المستهدفة**
	الاسترخاء (Relaxation – R)	**٦٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأطفال**

الهدف العام:

أن يتقن الأطفال ممارسة وتطبيق أساليب الاسترخاء للتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية التي تعرضوا لها.

الأهداف الخاصة:

١. أن يعدد الأطفال فوائد تمارين الاسترخاء والتنفس ودورها الفعال في التخفيف من التوتر الناتج عن الإساءة الجسدية.

٢. أن يمارس الأطفال مهارات الاسترخاء العضلي ومهارة التنفس بشكل صحيح.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- استخدام تمرينات التنفس والاسترخاء العضلي.
- استخدام أسلوب النمذجة وأسلوب لعب الدور في تطبيق التمارين.
- إعطاء واجب منزلي لتعزيز استخدام تمارين الاسترخاء خارج الجلسة الإرشادية.

الأدوات:

جهاز عرض

الإجراءات وسير الجلسة:

١. في بداية الجلسة يرحب المرشد بالأطفال ويشكرهم ويعززهم على التزامهم بحضور الجلسة .

٢. يقوم المرشد بمشاركة الأطفال بتلخيص أهم الأفكار التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة ومعرفة الفائدة التي تم تحقيقها ودرجة تطبيق ما تم الحديث عنه مع مناقشة أي أسئلة أو اقتراحات يتم تقديمها.

٣. يبدأ المرشد بالحديث عن محتوى الجلسة الحالية وأهدافها والتي تحمل عنوان الاسترخاء (Relaxation) ويعرضه أمامهم على شاشة العرض .

الاسترخاء (Relaxation)
هو أحد الطرق العلاجية لمواجهة القلق والتوتر من خلال قيام الفرد بإحداث انقباض واسترخاء في العضلات المختلفة في الجسم بالتدريج، والانتباه للمشاعر المختلفة التي تحس بها نتيجة

فوائد الاسترخاء : يساعد على خفض نسبة التوتر وحدته . ويساعد على خفض ضغط الدم ، وخفض احتمال الإصابة بأمراض القلب ، وتحسن النوم ، وتقوم بخفض مستوى الصداع ، والتدريب على الاسترخاء يقلل الشعور بآلام الجسم . كما أن تمرين التنفس العميق يوفر كمية الأكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم ويساعد على إخراج أكبر قدر من الفضلات وثاني اكسيد الكربون وينقل العقل والجسم الى حالة استرخاء ويحسن من الدورة الدموية.

٤.يطبق المرشد تمرين الاسترخاء العضلي التدريجي والتنفس المركز (Progressive Muscle Relaxation With Focused Breathing)، وهذا التمرين يمكن أن يكون مفيداً بشكل خاص للأطفال الذين لديهم صعوبات في النوم أو الذين لديه العديد من الأعراض الجسدية وهو مفيد مع الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة لأنه يمنع التركيز على الأفكار حول حدث الصدمة ويتم تدريب الأطفال على استخدامه عندما تكون لديهم ذكريات مؤلمة لأن التوتر والاسترخاء لا يتوافقان، ويوضح المرشد أنه عندما لا تسترخ

عضلاتنا نشعر بالشد والألم، ولكن عندما نرخي هذه العضلات يساعدنا ذلك على الشعور بالسهولة وفك التوتر، وتتم عملية الاسترخاء العضلي كما يلي:

استرخاء العضلات التدريجي مع التنفس المركز

Progressive Muscle Relaxation With Focused Breathing

تمارس هذه التقنية عندما يكون الطفل قد جلس جلسة مريحة (جلوس استرخائي) على كرسي مريح مع إغماض العينين.

١. يعطي المرشد للطفل تعليمات ليقبض ويبسط العضلات ومن ثم إرخائها بدءاً بأصابع القدمين، ثم القدمين، حتى يصل إلى الرأس إلى أن يصبح كل جزء من الجسم مسترخياً بشكل تدريجي.

٢. يقدم المرشد للطفل أثناء ذلك تعليمات ليغلق عينيه ويتنفس بعمق بحيث يكون الجزء السفلي من البطن منبثقا للخارج عند أخذ النفس (الشهيق) ويتراجع عند إخراج النفس (الزفير) مع العد ببطء لغاية الخمسة أثناء التنفس، ومن ثم يخرج النفس ببطء من خلال الفم أثناء فترة عد أخرى لغاية خمسة.

"سوف نرخي كل جسمنا، بدءا بأصابع أقدامنا ونواصل العمل هذا حتى نصل إلى أعلى جزء من رؤوسنا، متخلصين من أدنى جزء من التوتر مع تقدمنا في الاسترخاء تدريجيا، حتى يتحقق الاسترخاء إلى أعالي رؤوسنا، تاركا إيانا في حالة استرخاء وهدوء.

"مد جسمك للخارج بأقصى امتداد ممكن وبشكل مريح. والآن أريد منك أن تركز انتباهك على أصابع قدمك اليمنى. هل أنت مركز هناك؟ أريدك أن تشد هذه الأصابع بأقصى قدر من الشدة، مبقيا كل جزء آخر من جسمك في حالة استرخاء. هل يمكنك عمل هذا؟ هذا لكي تعرف بالضبط أين تقع هذه الأصابع في جسمك. حسنا، والآن أريد منك أن ترخيها ببطء، ويمكن أن تتخيل أنها مرتخية تماما. خذ نفسا عميقا حتى تمتلئ معدتك بالهواء ومن ثم أخرجه من إرخاء العضلات، الآن أريدك أن تركز على بقية قدمك اليمنى، شدها بأقصى قدر ممكن. هل تشعر بهذا الشد؟ والآن أرخها ببطء وأبقها مسترخية، إلى أن تشعر أنها ارتخت تماما وأصبحت هادئة. خذ نفسا عميقا واشعر بالاسترخاء ينتشر في جميع أجزاء قدمك. والآن ركز على بطة ساقك اليمنى، شدها بأقصى قدر ممكن، والآن أرخها ببطء بحيث تسترخي تماما.

"استمر في إرخاء الورك الأيمن، وأصابع القدم اليسرى، والقدم اليسرى، وكذلك الورك الأيسر، ومن ثم المعدة والصدر وأصابع اليد اليمنى، واليد والذراع، والكتف، وأصابع اليد اليسرى، واليد، والذراع، والكتف والجزء السفلي من الظهر، والرقبة، وفروة الرأس، والفك، والعيون، والجبهة".

"والآن دع التوتر يتدفق باتجاه الأعلى ويطير بعيدا في الفضاء. أبق عينيك مغمضتين عندما تشعر بأن كل جسمك قد استرخى. إذا كنت ما زلت تشعر بأي جزء من جسمك متوتراً، شده بالكامل، ثم أرخه ببطء إلى أن تشعر بأنه قد استرخى تماما. والآن استمر في التنفس (واصل التنفس لمدة ١-٢ دقيقة).

كيف يشعر جسمك الآن؟ كيف تشعر عضلاتك؟ إذا كان هذا مريحاً لك، مارسه في البيت وسوف يصبح حتى أسهل ويعمل بشكل أفضل عندما يصبح جسمك نفسه أكثر اعتياداً على الاسترخاء.

- يمكن إخبار الأطفال باستخدام هذه التقنية للتنفس العميق في الأوقات التي يشعرون فيها بالتعب بسبب التوتر الناتج عن التفكير بالإساءة والضرب الذي تعرضوا له من الأهل، أو عند التعرض لأي موقف ضاغط.

٥. يعطي المرشد الأطفال واجباً بيتياً يقوم فيه الأطفال بتطبيق تمارين الاسترخاء والتنفس العميق لمدة (١٥–٢٠) دقيقة .

٦. إنهاء الجلسة وتلخيص أهم ما تم الحديث عنه وشكر الأطفال على تعاونهم والتأكيد على أهمية الالتزام حتى إنهاء البرنامج .

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
الجلسة السادسة	**الاسترخاء (Relaxation – R)**	**٦٠ دقيقة**	**مركز التوعية والإرشاد الأسري (الزرقاء)**	**الأطفال**

الهدف العام:

أن يتقن الأطفال ممارسة وتطبيق أساليب الاسترخاء للتقليل من أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية التي تعرضوا لها.

الأهداف الخاصة :

١. أن يتقن الأطفال مهارات الاسترخاء العضلي ومهارة التنفس بشكل صحيح.
٢. أن يمارس الطفل تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي في مواقف متعددة خارج الجلسة الإرشادية .

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- استخدام تمرينات التنفس والاسترخاء العضلي.
- طرح الأمثلة
- المواد التعليمية المرئية والمسموعة كالأفلام.
- المناقشة والحوار.

الأدوات:

جهاز عرض الفيديو .

اللوح القلاب

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بالأطفال ويسألهم عن الواجب البيتي المتعلق بتطبيق تمرينات الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي ويعززهم على ذلك ويسألهم عن أي صعوبات واجهتهم أثناء تطبيق التمرين أو أي استفسارات أو اقتراحات يتم طرحها.

٢. يقدم المرشد مثالاً على قصة حدثت لأحد الأطفال فيها إساءة جسدية ، وتم فيها توظيف تمرين الاسترخاء العضلي والتنفس لتخفيف حدة التوتر ، والهدف من طرح هذا المثال هو تحفيز الطفل بطريقة غير مباشرة على استخدام تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس عندما يتعرض لحالة من التوتر ".

سامي طالب هادئ يجلس دائما في المقاعد الأخيرة ، كما أنّه في الاستراحات ينزوي بعيدا عن زملائه ويتجنب الاحتكاك بهم . في الآونة الأخيرة حصل على تحصيل متدنٍ في علامته. كما أنّه لم يعد يحل وظائفه البيتية ولا يشترك في الدرس. انتبهت المعلمة اليوم إلى أن سامي يرتدي قميصا ذا أكمام طويلة على غير المألوف في مثل هذه الفترة الحارة من السنة استدعت المعلمة سامي في الاستراحة وطلبت منه أن يجلس بجانبها. ظهر على سامي أنّه خائف ومتوتر بل مفزوع. جلس سامي بجانبها صامتا دون أن يرفع نظره عن الأرض ، ويتسارع نفسه ويتأتئ في كلامه مع المعلمة . طلبت منه المعلمة أن يكشف عن يديه فوجدت آثاراً لضرب بحزام جلدي على يديه لأن والده قام بضربه بسبب شجاره مع ابن الجيران ، ولكن سامي في هذه الحالة كان خائفاً جدا من والده ويحاول أن لا يتحدث عن المشكلة ويتلفت حوله بطريقة حذرة ويحاول أن ينسى ما حدث معه ولكن المعلمة وعدته بأنها لن تخبر أحداً بذلك ولكنها ستدربه على تمرين الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي الذي سيساعده على التخفيف من حدة التوتر .

بعد طرح المثال يناقش المرشد الأطفال فيما يتعلق بردود الفعل التي ظهرت على سامي ويعرضها على اللوح القلاب: ويبين لهم أنه عندما استخدم تمرين التنفس الصحي والاسترخاء العضلي تلاشت ردود الفعل الجسدية هذه وعادت دقات القلب والتنفس ومشاعر القلق وباقي الأعراض إلى الحالة التي كانت عليها قبل الخطر وبالنتيجة يمكننا من خلال تمرينات التنفس والاسترخاء قلب هذه العملية بحيث نتمكن من العودة إلى حالة الهدوء ونسترخي ثانية.

٣. يعرض المرشد للأطفال فيلماً لمدة (١٥) دقيقة يتضمن تطبيقاً عملياً لتمرين الاسترخاء العضلي والتنفس الصحي ويطلب محاولة تطبيق التمرين أثناء مشاهدة الفيلم.

٤. الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأطفال التدرب على تمرين التنفس والاسترخاء في البيت مع تطبيق التمرين من (١٥– ٢٠) دقيقة، والهدف من ذلك هو أن يتعرف الأطفال على أهمية هذه التمارين في التقليل من التوتر وتوظيفها وتطبيقها خارج الجلسة الإرشادية ونقل هذه الخبرة للحياة الواقعية وللمواقف الحقيقية إضافة إلى مشاركة الأسرة في تطبيق هذا التمرين.

٥. يشكر المرشد الأطفال على حضورهم والتزامهم مع تلخيص أهم ما دار خلال الجلسة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
	التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation – A)	**٦٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأطفال**

الهدف العام:

أن يعبر الأطفال عن مشاعرهم بفعالية أكبر من خلال زيادة قدرتهم على التعبير وتعديل مشاعرهم المرعبة وتقليل استخدام استراتيجيات التجنب.

الأهداف الخاصة:

١. أن يحدد الطفل مشاعره المختلفة للمرشد.

٢. أن يتقن الأطفال طرقاً بديلة للتعبير عن مشاعرهم.

٣. ان يميز الطفل ما بين استراتيجيات التعبير الانفعالي السلبية والايجابية لإدارة المشاعر والتعامل معها.

٤. أن يمارس الطفل مهارات فعالة للتعامل مع الأفكار السلبية المتعلقة بموقف الإساءة.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- إيقاف الأفكار السلبية .
- توليد الأفكار البديلة .
- الواجبات المنزلية .

الأدوات:

اللوح القلاب.

أقلام وورق أبيض لاستخدام الأطفال.

نموذج (٨) الواجب البيتي بعنوان: نقاط القوة.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بالأطفال ويشكرهم على الحضور ويسألهم عن أية صعوبات واجهتهم أو استفسارات أو اقتراحات يحبون تقديمها .

٢. يلخص المرشد الأفكار التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة ويسألهم عن الواجب البيتي وهو تطبيق تمرين الاسترخاء والتنفس المركز لمدة (١٥–٢٠) دقيقة ومشاركة أسرهم ويعززهم على ذلك ويطلب منهم القيام بالتمرين باستمرار وخاصة عندما يمرون بمواقف ضاغطة.

٣. يتحدث المرشد عن محتوى الجلسة الحالية وعنوانها التعبير الانفعالي والتشكيل (Affective expression and modulation) وهو يعني أن يمتلك الطفل كلمات يوضح فيها للمرشد مشاعره الشديدة والقوية التي مر بها بعد تعرضه للضرب من أسرته بدون اللجوء لتجنب التفكير في ذلك ضمن الجو الآمن داخل المجموعة مع حرص المرشد على مشاركة جميع الأطفال في المجموعة بالنشاط.

٤. يطلب المرشد من الأطفال أن يكتبوا مشاعرهم المختلفة التي يمكن أن يفكروا بها خلال ثلاث دقائق بهدف تقدير مهارتهم في تحديد مشاعرهم وتعزيز ذلك لديهم، ثم يقوم المرشد بتدوين المشاعر المختلفة لدى الأطفال على اللوح القلاب، ويطلب من كل واحد

منهم أن يصف للآخرين كيف شعر بهذه المشاعر في اللحظة التي تعرض فيها للإساءة من أسرته. ثم يوجههم لبعض الطرق التي يمكنها أن تسهم في التخفيف من حدة التوتر وتعد طرقا صحية وبسيطة في التنفيس الانفعالي ويطبقه بشكل عملي مع الأطفال ، يستعين المرشد بوسادة تمثل الشخص الذي يسبب الانفعال بحيث يعمل الطفل على ضربه أو توبيخه وإجراء حوار معه مع التعبير عن مشاعر الغضب والانزعاج والصراخ عليه ويقوم المرشد بنمذجة ذلك أمام الأطفال ثم يطلب من كل طفل أن يقوم بذلك ويقدم له التشجيع المناسب .

٥. يدرب المرشد الأطفال على مهارة إيقاف التفكير والتخيلات المتعلقة بحادثة الإساءة (Interruption and Positive Imagery Thought) والهدف من التمرين هو التحكم وضبط أفكارهم بشكل أكبر إضافة لجعل تفكيرهم أكثر إيجابية وزيادة استمتاعهم بوقتهم وإعدادهم للتعامل مع الأفكار السلبية الدخيلة، ويطبق المرشد التمرين كما يلي :

تمرين إيقاف التفكير

يطلب المرشد من كل طفل استحضار الأفكار المزعجة التي غالبا ما تقتحم تفكيره باستمرار ويضعها في خياله ، وبعد فترة قصيره يصرخ المعالج قائلاً " توقف عن ذلك " أو يحدث صوتاً مزعجاً أو منفراً ، ويكرر المرشد هذا الإجراء عدة مرات قبل أن يطلب من الطفل القيام بذلك بنفسه بصوت عال في بادئ الأمر ثم بصوت منخفض لا يسمعه غيره في نهاية الأمر حتى يقطع فرصة التفكير فيها و كلما راودته فكرة يقوم بإيقافها بنفس الطريقة فلا يترك المجال لأي فكرة اقتحامية بالظهور ، حتى يجد نفسه فعلا لا يفكر في أي شيء.

٦. يقوم المرشد بتدريب الأطفال على استراتيجية حديث الذات الإيجابي (Positive self-talk) والتي تتوافق مع التركيز على نقاط القوة عندهم بدلا من التركيز على المظاهر السلبية في أي موقف، ويمكن عمل ذلك من خلال تقديم بعض العبارات حول حديث الذات الإيجابي ويتم عرض هذه الجمل على اللوح القلاب:

- أنا أستطيع تخطي المشاكل التي تقابلني.
- ما زلت أؤدي واجباتي بشكل جيد في المدرسة.
- أنا أمتلك الأصدقاء.
- لدي الكثير من الجوانب تميزني عن الآخرين مثل: مهاراتي الرياضية ، مهاراتي الحاسوبية (يعدد الطفل جوانب القوة لديه)
- استطيع تخطي هذه المرحلة بنجاح.

يطلب المرشد من الأطفال تطبيق تمرين حديث الذات الإيجابي، بحيث يردد كل طفل عبارتين للحديث الإيجابي مع الذات ويصحح المرشد تلك العبارات ويعززها لديهم ويدونها على اللوح القلاب.

٧. بناء المهارات الاجتماعية (Social skills building): يقوم المرشد بتدريب الأطفال على بعض المهارات الاجتماعية يمكن تطبيقها ونمذجتها خلال الجلسات الجماعية معهم والتي تشكل بدورها تدخلاً قوياً للطفل للتخلص من الخجل المرتبط بالإساءة، لذلك يتم التدريب على أخذ الدور والاستئذان والتوافق مع أمنيات الآخرين والتعرف على الأوقات التي يكون فيها زملاؤهم بمزاج غير جيد والاستجابات التوكيدية اللفظية وغير اللفظية مثل التواصل البصري وإظهار وقفة جسدية بثقة واكتساب المهارات الاجتماعية التي يمكن للطفل تطبيقها فيما بعد في مواقف يومية حقيقية ، يقدم المرشد أمثلة لمواقف واقعية ويناقش الأطفال في كيفية التصرف فيها مراعياً المهارات السابقة :

- أنت حضرت متأخراً عن زملائك لحصة الرياضة وتريد مشاركتهم في اللعب .
- أثناء وجودك في الصف سأل أستاذك سؤالاً في المادة وتود الإجابة عليه .
- أنت ترغب بالخروج مع أصدقائك في نهاية الأسبوع وتريد أن تطلب ذلك من والدك الذي عاد لتوِّه من عمله .
- اثنان من زملائك تشاجرا مع بعضهما وتريد أنت أن تلطف الأجواء بينهما .

خلال هذه المواقف يقدم المرشد فرصة للثناء على الأطفال لإظهار فعالية أدائهم ومهارتهم ويقدم لهم تغذية راجعة بناءة والتي ستعزز استجابتهم وتفاعلهم. بالإضافة لذلك تقدم أسرة الطفل الدعم والثناء وإعادة الطمأنة لتعزيز التفاعل الإيجابي لدى طفلهم.

٨. الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأطفال كتابة نقاط القوة والجوانب المميزة لديهم بالتعاون مع أسرهم في النموذج المرفق، ويستخدمها في تمرين حديث الذات الإيجابي. ويتم مناقشتها في الجلسة التالية.

نموذج (٨) الواجب البيتي: نقاط القوة / الجوانب المميزة للطفل

الرقم	جوانب القوة والتميز لدي
١	**لدي القدرة على:** ١. .... ٢. .... ٣. ....
٢	**أتميز عن زملائي ب:** ١. .... ٢. .... ٣. ....

٤. يشكر المرشد الأطفال على حضورهم ويلخص محتوى الجلسة وأهم ما دار فيها ويذكر بموعد الجلسة القادمة .

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
الجلسة الثامنة	**التوافق المعرفي (Cognitive Coping and Processing- C)**	**٦٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأطفال**

الهدف العام:

اكتشاف وتصحيح الأفكار غير العقلانية أو المنطقية لدى الأطفال .

الأهداف الخاصة:

١. أن يميز الأطفال بين الأفكار والمشاعر وأنماط السلوك المختلفة.

٢. أن يعي الأطفال أفكارهم غير الصحيحة وغير المفيدة وتأثيرها المتوقع على مشاعرهم وسلوكياتهم.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- تفنيد الأفكار اللاعقلانية .
- الرسم .
- الأمثلة .

الأدوات:

اللوح القلاب.

أقلام وورق أبيض لاستخدام الأطفال.

نموذج (٩) تمرين التفريق بين الأفكار والمشاعر والسلوك .

نموذج (١٠) تمرين توليد أفكار بديلة أكثر دقة .

نموذج (١١) الواجب البيتي بعنوان: توليد أفكار بديلة.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يبدأ المرشد الجلسة بالترحيب بالأطفال ويشكرهم على حضورهم والتزامهم.

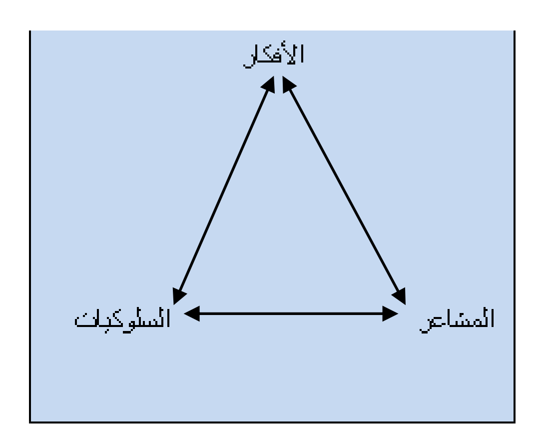
٢. يلخص المرشد أهم الأفكار التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة التي كانت بعنوان "التعبير الانفعالي والتشكيل" ويسألهم عن أي استفسارات أو اقتراحات جديدة .

٣. يناقش المرشد الواجب البيتي الذي تم إعطاءه وهو ما يتعلق بكتابة نقاط القوة والجوانب المميزة لدى كل طفل لتعزيز حديث الذات الإيجابي، ويعزز جوانب القوة لكل طفل.

٤. يوضح المرشد محتوى الجلسة الحالية وعنوانها التوافق المعرفي (Cognitive Coping and Processing) وهي تعني: "مجموعة متنوعة من التدخلات التي تشجع الأطفال على استكشاف والبحث في أفكارهم لكي يصححوا المعارف غير الصحيحة وغير المفيدة لديهم واستبدالها بما هو مفيد".

٥. يرسم رسماً توضيحيا "للمثلث المعرفي" على اللوح القلاب والذي يحتوي على ثلاث عناصر وهي: الأفكار والمشاعر والسلوكيات ويبين لهم الفكرة التالية: "لا يدرك العديد من الأطفال والوالدين أنهم يمكن أن يختاروا تغيير أفكارهم الخاصة بهم، وأن عمل ذلك

(تغيير أفكارهم) يمكن أن يغير مشاعرهم وسلوكياتهم. هذه الفكرة هي أساس "المثلث المعرفي".



الشكل (٢) المثلث المعرفي

٦. يوزع المرشد الأطفال على مجموعتين أو ثلاث مجموعات لتعزيز المشاركة والتفاعل فيما بينهم ويقدم لهم مجموعة من الأمثلة وأوراق عمل على بعض المهارات التي تحتوي على أفكار ومشاعر وسلوكيات يتحتم فيها على الطفل أن يميز بين العناصر الثلاثة والتي تتولد كلها من الأفكار ومساعدتهم في التعرف على العلاقة بين العناصر الثلاثة وتوليد الأفكار البديلة بينها :

أمك تلومك بسبب شيء ما فعله أخوك الصغير.

الفكرة: "أمي قامت بتوبيخي والصراخ علي وأنا لا أستحق ذلك ."

الشعور: أنت تشعر بالغضب وخيبة الأمل .

السلوك: تقوم أنت بضرب أخيك وتخرج من المنزل .

نموذج (٩) ورقة عمل الزمن ٣ دقائق اسم النشاط: التفريق بين الأفكار والمشاعر والسلوك
والدك ضربك لأنك لم تحصل على علامة النجاح في مادة الرياضيات.
الفكرة: ....
الشعور: ....
السلوك : ....

الخطوة التالية هي تشجيع الأطفال على تعلم كيفية توليد أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر فائدة ومساعدتهم لكي يشعروا بشكل مختلف لنفس المواقف السابقة:

أمك تلومك بسبب شيء ما فعله أخوك الصغير.

فكرة أكثر دقة:" أمي لن تكون غاضبة مني عندما تعرف أني حاولت منعه ولكنني لم أستطع ذلك."

شعور جديد: أنا أشعر بالارتياح .

السلوك : أسأل والدتي إن كانت بحاجة لأن أساعدها في شيء ما .

نموذج (١٠) ورقة عمل الزمن ٣ دقائق اسم النشاط: توليد أفكار بديلة أكثر دقة
والدك ضربك لأنك لم تحصل على علامة النجاح في مادة الرياضيات.
فكرة أكثر دقة: ....
شعور جديد: ....
السلوك الجديد : ....

٦. أنواع من الأفكار غير الصحيحة وغير المفيدة:

يتحدث المرشد عن ثلاث أنواع من التفكير غير الصحيح وغير المفيد ويطلب من الأطفال أن يذكروا أمثلة مشابهة مرت معهم:

- **تفكير إما "نعم" أو "لا" الكل او لا شيء**

ترى ياسمين كل شيء إما بطريقة نعم أو لا، إما أن يكون كوب الماء ممتلئا تماما أو فارغا تماما ليس هناك شيء بينهما. على سبيل المثال، إذا لم تحصل على علامة كاملة في الامتحان، فسيكون شعورها كما لو أنها رسبت.

- **تفكير بتكرار الحدث:**

يرى عامر العالم كنموذج لا ينتهي، من النوع الذي تحدث فيه الأشياء السيئة الواحد تلو الآخر؛ لمجرد أن شيئا واحدا سيئا قد حدث له دائما يقفز إلى النتائج وهي أن أشياء سيئة سوف تحدث له، حتى قبل أن تحدث. في بعض الأحيان هذا يجعل الأشياء من المحتمل أن تحدث. على سبيل المثال: "تعرضت لحادث سيارة مرة من المرات، لذا فإنني سوف أتعرض لحادثة سيارة آخر."

- **تفكير ماذا لو:**

تركز سارة دائما على أسوأ مخرجات محتملة في كل موقف من حياتها. بغض النظر عما يحدث فعليا، تبدأ بالتفكير بأفكار تبدأ بعبارة "ماذا لو، مؤدية إلى أفكار حول سيناريوهات أسوأ الأحوال. على سبيل المثال، لو حصلت على علامة سيئة في امتحان واحد فسوف تقول "هذا يعني أنني سوف أرسب طيلة العام. هذا يعني أنني لن أدخل جامعة جيدة، وسوف أكون فاشلة تاما. وربما انتهت حياتي كلها الآن."

في هذه المرحلة المبكرة من الإرشاد، أهم رسالة للأطفال هي أهمية أن يصبحوا واعين لأفكارهم وكذلك التأثير المتوقع لهذه الأفكار على مشاعرهم وسلوكياتهم.

٧. الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأطفال بمساعدة أسرهم أن يسجلوا ثلاث أفكار غير صحيحة لديهم و يقوم كل طفل بتوليد أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر فائدة ومساعدتهم لكي يشعروا بشكل مختلف، ويتم مناقشة ذلك معهم في الجلسة التالية.

نموذج (١١) الواجب البيتي: توليد أفكار بديلة

الرقم	فكرة غير صحيحة	الفكرة البديلة
١		
٢		
٣		

٨. ينهي المرشد الجلسة بشكر الأطفال على حضورهم ويلخص محتوى الجلسة مع التذكير بموعد الجلسة القادمة وأهمية الحضور.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
الجلسة التاسعة	سرد قصة الصدمة/الإساءة (Traumatic Narrative- T)	٦٠ دقيقة	مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)	الأطفال

الهدف العام:

تشجيع الأطفال على سرد ومناقشة قصتهم الخاصة وتجربتهم الشخصية في جو آمن والتعبير عنها لفظياً وكتابياً .

الأهداف الخاصة:

١. أن يكتب الطفل موضوعات عامة عن نفسه ونشاطاته لتعزيز مهارته في كتابة قصة الصدمة.
٢. أن يصف الطفل لفظياً وكتابياً تجربة الإساءة الجسدية التي تعرض لها.
٣. أن يتحدث الطفل عن المشاعر والأفكار التي مر بها في تجربة الإساءة.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- الرسم والتلوين
- سرد قصة الإساءة.

الأدوات:

أقلام ودفاتر صغيرة ملونة للأطفال.

مكافآت مادية للأطفال.

اللوح القلاب .

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بحضور الأطفال والتزامهم ويسألهم عن أي تطورات قد حدثت معهم حتى اللحظة الحالية أو أي ردود فعل من الأهل.

٢. يلخص المرشد أهم الأفكار التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة التي كانت بعنوان "التوافق المعرفي والمعالجة" ويسألهم عن الواجب البيتي وهو ما يتعلق بكتابة الأفكار غير الصحيحة وغير المفيدة لديهم واستبدالها بأفكار مفيدة وإيجابية ويقدم لهم التعزيز المناسب على ذلك وعلى مشاركتهم لأسرهم في إعداد هذا الواجب.

٣. يسأل المرشد حول مما إذا وجدت أي استفسارات أو اقتراحات حول محتويات الجلسة السابقة.

٤. **سرد قصة الإساءة:**

- يوضح المرشد أنه خلال هذه الجلسة يتحدث كل طفل عن ذاته وتجربته في الإساءة التي تعرض لها بحيث يصغي إليه الباقين مع التأكيد على المهارات الاجتماعية التي تم الحديث عنها في جلسات سابقة والتي تتضمن الإصغاء واحترام الدور، وسيقوم كل طفل بكتابة هذه التجربة على الدفاتر الصغيرة التي سيتم توزيعها عليهم، ويبين لهم المرشد أن من يتم ذلك سيحصل على مكافأة في نهاية هذه الجلسة. كما ويتم طمأنة الطفل من أن والديه سيدعمان ذلك ولن يكونا غاضبين أو منزعجين من أفكاره أو مشاعره تجاههما.

- وتبدأ العملية من خلال سؤال المرشد الأطفال من يريد أن يبدأ بالحديث أولاً، بحيث يشكل نموذجاً لباقي الأطفال، ويطلب من هذا الطفل أن يتحدث عن المعلومات الأساسية عن نفسه والنشاطات الحالية المفضلة لديه والتي يستمتع بها أو الأشخاص الذين يعيش معهم والأطفال الذين يذهبون معه للمدرسة والتي يمكن من خلالها تعزيز مهارة الطفل في كتابة قصة الإساءة، ومن ثم البيئة التي يعيش فيها والتي قادت لحدوث الإساءة مثل العلاقة مع الشخص المسيء قبل بداية التعرض للإساءة أو اليوم الذي سبق التعرض للحادثة.

- تكون الخطوة التالية بأن يصف الطفل حادثة الإساءة التي تعرض لها مع كتابة ذلك في الدفتر الصغير الذي تم توزيعه على الأطفال ويشجعه المرشد بكل حرص وحذر للكتابة عن المظاهر المزعجة المتزايدة من حادثة الإساءة ويطلب من الطفل أن يفكر ويحاول تذكر كل التفاصيل كما لو أنها حدثت الآن، ويعبر عنها من خلال الكتابة والرسم والتلوين ويوضح للأطفال المعلومة التالية من خلال عرضها على اللوح القلاب:

" سرد الطفل لقصة الإساءة كتعقيم الجرح يتسبب بالألم في بداية الأمر لكنه يخف تدريجياً كلما استمر الطفل في سرد قصته وفي النهاية فإن الجرح سيشفى تماماً ".

- يجب أن يطلب المرشد من الطفل وصف أسوأ لحظة، وأسوأ ذكرى، وأسوأ جزء من حادثة الصدمة ويكتب ذلك في الدفتر. وأن يطلب من الطفل أن يكتب في الدفتر مظاهر من الصدمة لم يفكر أبداً أن يخبرها لأي أحد. والطفل يجب أن يشجع لوصف هذه المظاهر بأكبر تفاصيل ممكنة ورسم صورة حول ذلك. بينما يفعل الطفل ذلك فإن العديد من الأطفال يكون لديهم درجة من الخوف والحزن والاشمئزاز والغضب. المرشد يشجع الطفل لكتابة هذه المشاعر ووصف الأحاسيس الجسمية التي تحدث معهم مثل آلام البطن، مشاكل التنفس.. ومع ذلك إذا أبدى الطفل تلك المشاعر من الصدمة فإنه

من المفيد الاحتفاظ بهذه المشاعر على أنها الوحيدة والتي تكون متصلة بشيء حدث في الماضي وليس شيء يظهر حالياً.

- يستمر المرشد في هذه الأثناء بتشجيع الطفل على أن يصف لفظياً ماذا فعل في وقت حصول الحادثة ويصف ماذا حدث بعد ذلك، كما أن قصة الصدمة تتضمن الاختلافات التي يشعرون بها الآن مع بداية العلاج وماذا تعلموا أو ما الذي نتج خلال حادثة الصدمة ومن ثم يطلب منه أن يكتب ما وصفه.
- بعد إكمال الطفل هذه الأجزاء من الكتابة يطلب منه المعالج قراءة ما كتب، ويمكن أن يقوم المعالج بقراءة ذلك بنفسه بصوت عال ومسموع. من خلال تكرار قراءة القصة ستنخفض ردود الفعل عند الطفل وتكون أقل حدة من السابق، ويمكننا الاستعانة بتمرين الاسترخاء والتنفس إذا ما ظهرت أية ردود فعل سلبية على الطفل.
- أثناء قراءة القصة يطلب المرشد من الطفل أن يذكر المشاعر والأفكار التي مر بها في الصدمة.

٥. بعد أن يكون الطفل قد أنشأ السرد وتكلم بتفصيل مطول عن تجربته، على المرشد أن يبدأ باستكشاف وتصحيح الأخطاء المعرفية لدى الطفل والمتعلقة بالصدمة وتعزيز أفكار أكثر دقة وفائدة ومساعدة الطفل على الشعور بمزيد من الأمل؛ مثل الأفكار غير الصحيحة أو غير المفيدة، وهي تلك الأفكار والمعارف التي تكون وهمية بالكامل وغير صحيحة تماماً مثل: "كان الذنب ذنبي لأني قصرت بعلاماتي المدرسية" أو "سوف أبقى دائماً سيء ولا أحد يحبني".

٦. في نهاية الجلسة يؤكد المرشد على الثناء على الطفل على المساعي التي بذلها وإعطاؤه مكافأة مناسبة.

٧. الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأطفال قراءة ما قاموا بكتابته مرة أخرى وحدهم في البيت بهدف التقليل من حالة تجنب الصدمة لديهم.

٨. يشكر المرشد الأطفال على حضورهم وإسهامهم في نجاح الجلسة مع تلخيص أهم محتواها والتذكير بموعد الجلسة القادمة .

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
العاشرة	**التعرض بالواقع (In vivo exposure- I)**	**٦٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأطفال**

الهدف العام:

أن يواجه الطفل المثيرات المرتبطة بالإساءة والتي لم تعد تشكل خطورة بشكل طبيعي دون خوف أو قلق.

الأهداف الخاصة:

١. أن يتحدث الطفل عن أكثر الجوانب التي تخيفه في حادثة الإساءة.

٢. أن يميز الطفل الفرق بين سرد الصدمة والتعرض بالواقع .

٣. أن يواجه الطفل المثيرات التي تتسبب له بالخوف والقلق عن طريق التعرض بالتخيل.

٤. أن يتقن الطفل أسلوب التعرض بالواقع ويستخدمه في موقف الإساءة الحقيقي الذي يتسبب له بالقلق.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- التخيل.
- التعرض بالواقع

الأدوات:

نموذج (١٢) ورقة عمل ترتيب الأحداث من الأقل إلى الأكثر تسبباً بالقلق .

اللوح القلاب

الإجراءات وسير الجلسة:

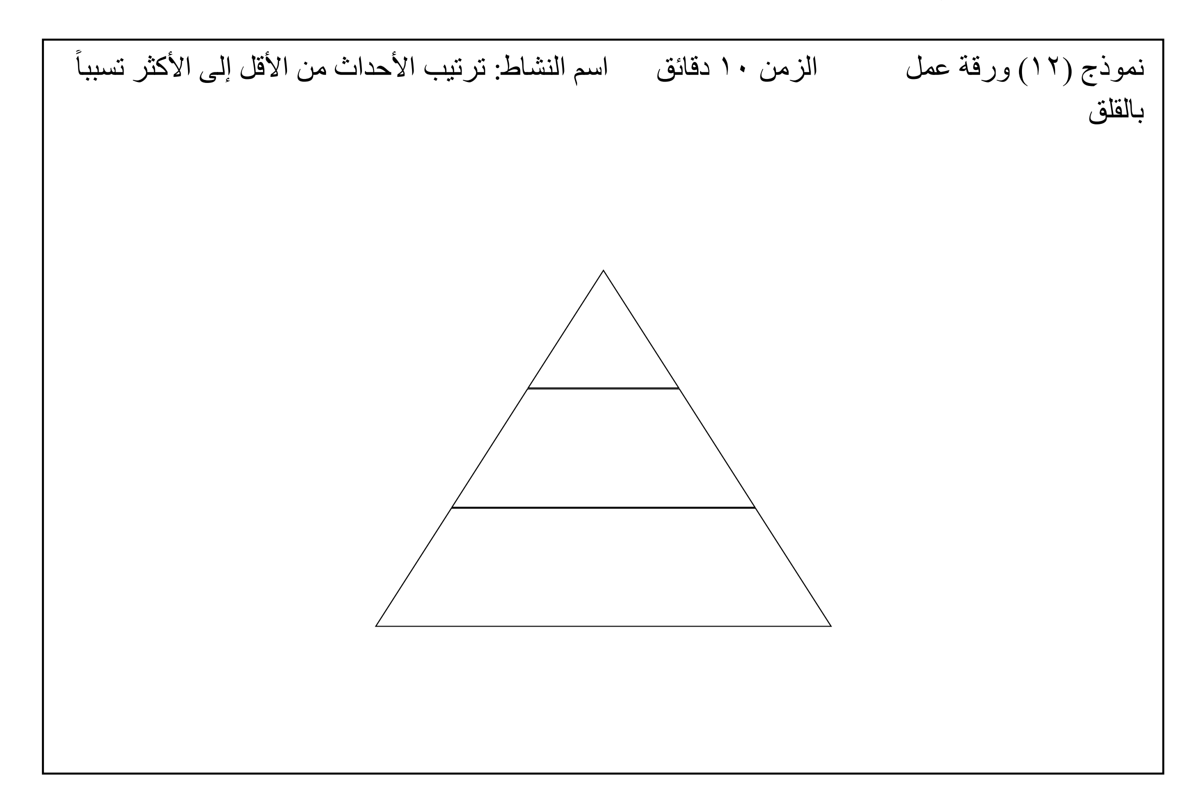
١. يستقبل المرشد الأطفال والترحيب بهم والاطمئنان عليهم وشكرهم على الحضور في الموعد المحدد.
٢. التذكير بأهم ما دار في الجلسة السابقة بعنوان "سرد قصة الصدمة" والسؤال عن الواجب البيتي ومناقشته مع أفراد المجموعة.
٣. يسأل المرشد حول مما اذا وجدت اي استفسارات او اقتراحات حول محتويات الجلسة السابقة
٤. قد يكون السرد وحده غير كافٍ لحل سلوك تجنب حادثة الإساءة ، لذلك يوضح المرشد للأطفال الفرق بين سرد حادثة الإساءة الذي تم في الجلسة السابقة والتعرض بالواقع الذي سيتم تدريبهم عليه خلال هذه الجلسة ويعرض ذلك أمامهم على اللوح القلاب .

سرد قصة الإساءة : هو قيام الطفل بكشف الحادثة التي حصلت معه من خلال كتابة تفاصيل ما حدث ومن ثم قراءته .

التعرض بالواقع : هو طريقة علاجية تكون بمواجهة الأحداث التي تثير القلق بعد أن يتم ترتيبها من الأقل إلى الأكثر تسببا بالقلق على شكل هرم وتحملها بل والاعتياد عليها لمدة دقائق ثم تتزايد تلك الدقائق إلى ساعات بحيث يقل هذا الخوف ثم يختفي في نهاية الأمر .

يوضح المرشد للأطفال المفهوم السابق ويبسطه من خلال التطبيق العملي لمعنى التعرض بالواقع كما في الخطوات التالية.

٥. يقدم المرشد للأطفال ورقة عمل (١٢) على شكل هرم مرسوم على الورقة ومن ثم كتابة موقف في كل درجة من درجاته من الأقل إلى الأكثر تسبباً بحالات القلق بهدف تشجيعهم على الكتابة .



الشكل (٣) هرم الأحداث المتسببة بالقلق

٦. يتم بعد ذلك اختيار أحد إجابات الأطفال التي تم كتابتها وتطبيق استراتيجية التعريض بالتخيل وهو "أحد مكونات العلاج المركز على الصدمة المصمم لمعالجة المخاوف

والاستجابات الانفعالية السلبية، والذي يتضمن مواجهة منظمة مع المثير المخيف عن طريق التخيل ويتم تطبيقه كما يلي:

التعريض بالتخيل
نضع الطفل بحالة من الاسترخاء مع إغماض العينين ويبدأ بالتنفس العميق، وفي هذه الأثناء نعيد خلق الظروف التي شكلت التجربة المؤلمة والحديث عن المواقف التي تتسبب بالقلق والذي يشتمل على الانتقال بالمريض تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة، بل إن المعالج يهول الأمر وذلك بهدف ابقاء المريض في حالة من القلق الشديد أطول مدة ممكنة. ويقدم المرشد للطفل التعزيز المناسب ويبين له أن بإمكانه تطبيق ذلك في البيئة الحقيقية وبنفس الطريقة.

٧. يستخدم المرشد لعب الدور بحيث يمثل دور الأب غير المسيء للطفل، ويقوم الطفل بقراءة قصة تجربة الإساءة التي كتبها، ويتم تعزيز ذلك بشكل لفظي ويقدم له الدعم والإطراء على شجاعته.

٨. الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأطفال تطبيق تمرين التعرض بالواقع في الأماكن الحقيقية التي تتسبب لهم بالخوف والقلق بنفس الطريقة التي استخدمناها في التعرض بالتخيل لكن ذلك يكون في البيئة الحقيقية.

٩. شكر الأطفال على حضورهم وتلخيص محتوى الجلسة والتذكير بموعد الجلسة القادمة وأهمية حضورها للأطفال وأسرهم .

الجلسة الحادية عشرة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
	إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه (Conjoint Child-Parent Sessions- C)	**٩٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأهل والأطفال**

الهدف العام:

تقوية العلاقة الآمنة ما بين الطفل والأهل في ضوء سرد خبرة العنف والإساءة أمامهم.

الأهداف الخاصة:

١. أن يعيد الطفل سرد حادثة الإساءة في جلسة مشتركة مع مقدم الرعاية.
٢. أن يقدم والد/ة الطفل الدعم اللفظي والمعنوي المناسب للطفل عند سرد قصة الإساءة التي كتبها.
٣. أن يناقش الطفل أسرته ويسألهم بعض الأسئلة التي تدور في ذهنه حول موضوع الإساءة في جو آمن ومتقبل.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- التعزيز اللفظي .

الأدوات:

أقلام ودفاتر صغيرة ملونة للأطفال.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يستقبل المرشد الأطفال وأسرهم ويرحب بهم و ويشكرهم على الحضور في الموعد المحدد، ويسألهم إن كان لديهم أي استفسارات أو اقتراحات معينة.

٢. يوضح المرشد للمشاركين كيفية إدارة هذه الجلسة بعنوان "إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه"، حيث ستكون مدة الجلسة ٩٠ دقيقة، موزعة كما يلي: يلتقي المرشد مع الأطفال لمدة ٢٥ دقيقة، ثم مع أسر الأطفال لمدة ٢٥ دقيقة، وأخيراً مع الأطفال وأسرهم معاً لمدة ٤٠ دقيقة.

٣. الجلسة المشتركة بين المرشد والأطفال:

يجلس المرشد مع الأطفال وحدهم بدون وجود الأهل لمدة ٢٥ دقيقة لتوضيح محتوى الجلسة الحالية، والتي تبدأ بتلخيص أهم ما دار في الجلسة السابقة بعنوان "التعرض بالواقع" وسؤالهم عن الواجب البيتي ومناقشته معهم. ومن ثم يطلب من كل طفل أن يقرأ قصة تجربته في الإساءة التي كتبها مسبقاً بصوت عال ومناقشتها بحيث يلعب المرشد دور الأب غير المسيء بالنسبة للطفل ويقدم ردود الفعل الداعمة والمناسبة له، ويتيح المرشد للطفل فرصة ليسأله أي أسئلة قد تدور في مخيلته حول موضوع الإساءة ويقوم بتدوينها على الدفتر الخاص لهذا الطفل ، ثم يوضح لهم المرشد أن الجلسة الحالية سيقوم فيها كل طفل بقراءة ما تم كتابته مع أسرته بعد أن يكون القائم على رعاية الطفل مستعداً لسماع القصة وتقديم الدعم المناسب، ويشجع المرشد الأطفال بقوله أن أسرهم ستكون سعيدة بسماع ذلك منهم وأنهم لن يكونوا غاضبين أو مستائين من ذلك حتى وإن كان هناك توجيه لوم لهم أو مشاعر غضب.

٤. الجلسة المشتركة بين المرشد وأسر الأطفال (الأب/ الأم غير المسيء):

تهدف الجلسة مع أسر الأطفال إلى تهيئتهم للجلوس والإصغاء لقصة الإساءة التي قام الطفل بكتابتها، بحيث يبين لهم أن الأطفال سيقوم كل واحد منهم بقراءة ما قام بكتابته، لذلك يلعب المرشد دور الطفل ويقرأ سرد واقعة الإساءة بحيث يكون الأب/ الأم مستعداً لسماع قراءة الطفل لذلك أمامهم، ثم يستعرض مع كل أب/ أم أسئلة الطفل حول موضوع الإساءة ويساعده على توليد طرق مثالية للرد، وقد تكون لدى الوالد/ة أيضاً أسئلة للطفل وعلى المرشد أن يساعدهم على صياغة هذه الأسئلة بطريقة مناسبة. ويكون الوالد/ة مستعداً لتقديم الدعم اللفظي والمعنوي للطفل.

٥. الجلسة العائلية المشتركة:

خلال الجلسة العائلية المشتركة، على الطفل أن يقرأ سرد الواقعة التي كتبها للوالدين والمرشد. وعند الانتهاء من السرد، على الوالدين والمرشد أن يثنيا على الطفل لشجاعته/ها في كتابة سرد الواقعة، وكونه/ها قادرا على قراءتها للوالدين.

يجب تشجيع الطفل بعدها على إثارة قضايا من القائمة المعدة مسبقاً، وأخذ وقت مناسب لمناقشته هذه القضية بشكل مرض مع كل من الوالدين والطفل. إذا كان الوالد/ة قد أعدوا أيضاً أسئلة للطفل، يجب طرح هذه الأسئلة بعد أن يكون الطفل قد أكمل طرح أسئلته. دور المرشد في هذا التبادل هو أن يتيح للطفل والوالدين الاتصال مباشرة مع بعضهما البعض، مع أقل قدر ممكن من تدخله. إذا كانت لدى الطفل أو الوالدين صعوبة، أو إذا عبر أي منهما عن معرفة غير صحيحة أو غير مفيدة، على المرشد أن يتدخل في هذه الحالة (إذا حكم على الموقف بطريقة إكلينيكية صحيحة)، بحيث لا يسمح لهذه المعرفة أن تمر دون مساءلة أو مراجعة. على المرشد أن يثني على كل من الوالدين والطفل لإكمال سرد الصدمة وعناصر الجلسة العائلية المشتركة للعلاج ولهذا النجاح الذي تحقق.

٦. واجب بيتي: يطلب المرشد من الأسر أن يقوموا بنشاط ترفيهي مشترك كالخروج في رحلة أو المشاركة لعبة معينة بينهم وبين أبنائهم بهدف إحياء العلاقة بين الطفل ووالديه.

٧. إنهاء الجلسة حيث يشكر المرشد المشاركين على حضورهم والمساهمة في إنجاح الجلسة مع تلخيص أهم ما دار فيها والتذكير بموعد الجلسة القادمة .

الجلسة الثانية عشرة	عنوان الجلسة	الوقت	المكان	الفئة المستهدفة
	تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي (Enhancing future safety and development- E)	٩٠ دقيقة	مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)	الأهل والأطفال

الهدف العام:

أن يمتلك الأطفال كفاءة عالية للتعامل مع أي مواقف مستقبلية صادمة وتقليل مخاطر أن يصبحوا ضحايا في المستقبل من خلال امتلاكهم للمهارات التي تعزز من شعورهم بالكفاءة الذاتية والاستعداد والشعور بالأمان.

الأهداف الخاصة:

١. أن يتقن الأطفال مهارات الاتصال اللازمة للتعبير عن الخبرات المخيفة والمشوشة.

٢. أن يعبر الأطفال عن مشاعرهم ورغباتهم بوضوح وصراحة.

٣. أن يتعرف الأطفال على الأشخاص والأماكن التي توفر له الأمن والسلامة.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- طرح الأمثلة.
- الحوار والمناقشة
- السيكودراما.

الأدوات:

اللوح القلاب.

نموذج (١٣) تمرين التعبير عن المشاعر .

أقلام ودفاتر لاستخدام الأطفال.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يستقبل المرشد المشاركين ويرحب بهم . ثم يقوم بسؤالهم عن رأيهم بالجلسة الماضية ويلخص أهم الأحداث التي جرت، ويسألهم عن الواجب البيتي الذي يتعلق بنشاط ترفيهي مشترك مع الأهل.
٢. يسأل المرشد المشاركين فيما إذا كان لديهم أي استفسارات أو اقتراحات حول الجلسة السابقة ويقدم لهم التغذية الراجعة حول ذلك .
٣. يبين المرشد للمشاركين أن عنوان الجلسة الحالية هو "تسهيل وتعزيز الأمن والنمو المستقبلي" وهو يعني أن نعمل بشكل وقائي على تهيئتهم للتعامل مع المواقف المشابهة لما تعرضوا له، مع تقليل تعرضهم للمخاطر، وأن يصبحوا ضحية مرة أخرى في

المستقبل من خلال امتلاكهم بعض المهارات المهمة والأساسية لذلك. ويقدم لهم المعلومة التالية ويعرضها أمامهم على اللوح القلاب:

> من المهم أن تفهموا أنه على الرغم من أن التدريب على مهارات السلامة الشخصية لا يضمن منع وقوع الشخص ضحية في المستقبل، ولكن المهارات ستعمل على تعزيز مشاعركم في السيطرة والثقة في الرد على المواقف الشخصية كاملة، وتعرفكم كيفية التصرف في حال حدوث أي موقف.

٤. يقسم المرشد المشاركين إلى أب وابن ويقدم قصة حالة طفل أسيء إليه جسديا ثم يطرح عليهم السؤال التالي: "ما الذي ستقوم به في حال حدوث مثل هذا الموقف معك مستقبلاً؟".

> عاد أبو خالد للبيت بعد يوم عمل شاق ومتعب ، وبعد تناول غداءه نام قليلاً ، ولكنه سرعان ما استيقظ على صوت شجار بين خالد (١٢) سنة وأخيه رامي (١٠) سنوات اللذان كانا يتمازحان مع بعضهما في البداية ثم تحول الأمر لشجار حقيقي ، مما دعا والدهما إلى إدخالهما لغرفتهما وضربهما بشدة .

يتناقش كل أب/ أم مع الطفل حول كيفية التصرف الأنسب في حال حدوث موقف مشابه ويدون المرشد الإجابات المفيدة على اللوح القلاب ويعززها ويقدم التغذية الراجعة، ثم يبدأ بتدريبهم على المهارات الأساسية اللازمة في مثل هذه المواقف من خلال: التثقيف، تعزيز قدرتهم على الاتصال مع الآخرين، ممارسة مشاركة المشاعر، التعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر السلامة.

١. التثقيف وتعزيز قدرتهم على الاتصال مع الآخرين:

يعطي المرشد المثال التالي : "تعرض طفل للضرب الشديد من والده بسبب هروبه من المدرسة " ويطلب من الأطفال بمساعدة آبائهم الإجابة على مجموعة من الأسئلة وهي :

- ماذا ستفعل لو تعرضت للإساءة كما في المثال السابق؟
- من الشخص الذي من الممكن أن تخبره بتعرضك للإساءة؟

- من هو الشخص الذي تثق به كثيراً ويمكنه مساعدتك في حال أن والدك/تك حاول أن يضربك؟
- ما هو المكان الآمن بالنسبة لك ؟
- ماذا ستقول للشخص الذي تريد منه مساعدتك إذا تعرضك لمثل هذه الإساءة ؟

يقدم المرشد تغذية راجعة ويعزز الإجابات الصحيحة ويعدل الخطأ فيها . ثم يطلب المرشد من أحد الآباء تمثيل الدور مع طفله كما في مثال الحالة السابقة بحيث يستخدم فيه الطفل الطرق الصحية المناسبة التي تم نقاشها .

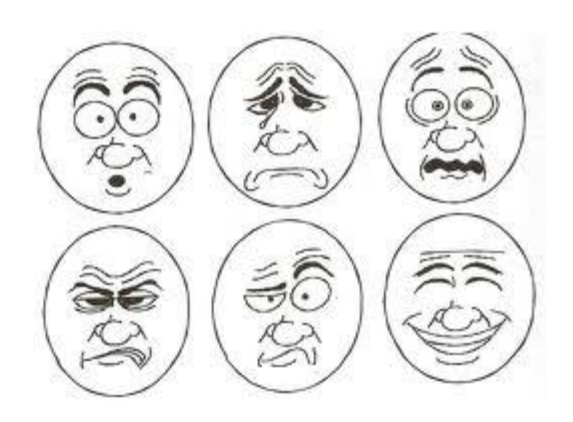
كما أن التغذية الراجعة المقدمة تشتمل على تعزيز قدرة الأطفال على الاتصال مع أشخاص يوفرون الأمان والحماية لهم حول الخبرات المخيفة والمشوشة من خلال تعزيز تواصلهم وتوثيق علاقتهم بشكل أكبر مع الوالد/ة غير المسيء أو أي شخص آخر قد يحدده الطفل يمكن اللجوء إليه. يحتاج الأطفال إلى أن تكون لديهم مهارات لغوية ومهارات اتصال وثقة في الرد بشكل فاعل على الخبرات والتجارب العدائية أو المتعلقة بالإساءة الجسدية إضافة لتزويدهم بالمعرفة والمعلومة الكافية حول الحقائق الأساسية المتعلقة بالإساءة الجسدية، فهذه المعلومات لا تزودهم بالمعرفة فحسب، بل أيضا تساعدهم على التعرف على التهديدات المتوقعة وقد تزيد من احتمالية إخبار شخص ما حول المخاوف المتعلقة بالاعتداء أو خبرات مشوشة أخرى (مثل التعرض للمعاملة القاسية، مشاهدة العنف المجتمعي). ويتم تزويد الأطفال وآبائهم بالمعلومات التالية على شكل بطاقات وهم يجلسون في مجموعات صغيرة ثم مناقشتهم فيها:

حقائق عن الإساءة للأطفال:

تترك الإساءة على الأطفال آثار كثيرة منها: الإصابات المختلفة في الجسد، ضعف الثقة بالنفس، ضعف العلاقات الأسرية، تراجع الأداء المدرسي وانخفاض الدافع للإنجاز، الشعور بالحزن والغضب أو الحرج، الابتعاد عن الأصدقاء وتجنبهم، التغيب عن المدرسة، صعوبات النوم، صعوبة في التركيز.

٢. التعبير عن مشاعرهم في الجلسة:

- يعرض المرشد الشكل (٢) صورة تحتوي على عدة وجوه تحمل مشاعر مختلفة ويحاول الأطفال بمساعدة آبائهم التعرف على هذه المشاعر، وهي من اليمين إلى اليسار: الخوف، الحزن، الدهشة، الفرح، الاستغراب، الغضب.



الشكل (٤) صور وجوه تحمل مشاعر مختلفة

- يطبق كل طفل مع والده/ته تمرين التعبير عن المشاعر نموذج (١٣) ، بحيث تتاح لهم الفرصة بأن يعبروا عن مشاعرهم مستخدماً الستة مشاعر سابقة الذكر في جو آمن ثم يقرأ المرشد ما تم كتابته ويقدم لهم التغذية الراجعة ويشجعهم على ذلك ويقدم لهم المعلومة التالية " التعبير عن المشاعر أمر صحي جداً عندما نقوم به مع شخص نثق به كثيراً ويصغي إلينا وهذا الأمر يشعرنا بالراحة " ويدون المرشد المعلومة على اللوح القلاب .

نموذج (١٣) ورقة عمل الوقت : ٥ دقائق اسم النشاط: تمرين التعبير عن المشاعر

مثال: تشاجرت مع أخيك الصغير على مشاهدة التلفاز وقد بدأت أمك بالصراخ عليك.

أنا أشعر بالغضب لأن والدتي لم تصغ إلي .

١. أنت حصلت على علامة متدنية في أحد امتحاناتك المدرسية ولامك والدك كثيراً على تقصيرك وقد أزعجك هذا الأمر كثيراً.

أنا أشعر ب : ....

٢. عندما عدت للبيت وجدت أسرتك قد أعدت لك حفلاً بسبب عيد ميلادك .

أنا أشعر ب ....

٣. انتقلت هذا العام لمدرسة جديدة وصادفت طلاباً جدداً لم تكن تعرفهم سابقاً.

أنا أشعر ب ....

٤. أبلغك مدير المدرسة بأنك ممنوع من الدوام حتى يحضر والدك بسبب شجارك مع أحد زملائك في الصف الذي قمت بكسر يده .

٥. أنا أشعر ب ....

٦. توفي جدك الذي تحبه كثيراً وكنت دائما قريباً منه .

أنا أشعر ب ....

٣. التعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر السلامة:

في هذه المهارة يعمل المرشد على مساعدة الأطفال بالتعرف على التلميحات التي تعطي إشارة إلى الحاجة للابتعاد إلى مكان آمن والحصول على المساعدة بدلاً من أن تكون ردة فعلهم هي التجمد في مكانهم، لذلك من المهم أن يعرف الأطفال الأماكن والأشخاص الذين ترتبط بهم السلامة بحيث يمكنهم الحصول على المساعدة في أسرع وقت ممكن بعد ذلك. وهنا يوجه المرشد سؤالاً للأطفال وآبائهم كما يلي: من هو الشخص الذي تثق به كثيراً ويمكنه مساعدتك في حال أن والدك/تك حاول أن يضربك؟ وما هو المكان الذي يتوفر فيه الأمان بحيث لا تتعرض للضرب؟ ويستعين المرشد برأي الآباء في الحصول على هذه المعلومات، وبعد الإجابة على السؤالين يطلب من

الأطفال تدوين هذه المعلومة في دفاترهم كي لا ينسوا ذلك، وفي مثل هذه الحالة عليهم اللجوء إلى ذلك الشخص أو المكان عند استشعارهم بالخطر قبل حدوثه إن أمكن.

٤. يوضح المرشد للمشاركين بأن استخدامهم لمهارات التواصل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر، والتعرف على الأشخاص والأماكن التي توفر لهم السلامة، هي أمور صحية وتزيد من طرق الوقاية والأمان في حال حدوث أي طارئ، وعليهم اللجوء لها أو لطرق أخرى يمكن أن تسهم في بقائهم بأمان والتقليل من إمكانية تعرضهم للخطر.

٥. يشكر المرشد المشاركين على حضورهم ويلخص محتوى الجلسة ويذكرهم بأن الجلسة القادمة ستكون آخر جلسة وعليهم حضورها مع أسرهم ويشكرهم على التزامهم حتى نهاية الجلسات الإرشادية ويذكرهم بأن ذلك سينعكس عليهم بالفائدة الكبيرة.

الجلسة الثالثة عشرة	**عنوان الجلسة**	**الوقت**	**المكان**	**الفئة المستهدفة**
	التقييم والإنهاء	**٩٠ دقيقة**	**مركز إسكان جبل طارق (الزرقاء)**	**الأهل والأطفال**

الهدف العام:

اختتام الجلسات الإرشادية والتعرف على فاعلية البرنامج العلاجي.

الأهداف الخاصة:

١. أن يلخص الأطفال بالتعاون مع المرشد أهم أفكار الجلسات السابقة.

٢. أن يتحدث الأطفال وأسرهم في إيجابيات وسلبيات البرنامج.

٣. أن يجيب الوالد/ة على قائمة أعراض اضطراب قلق ما بعد الصدمة للأطفال.

الفنيات والأساليب الإرشادية :

- التلخيص .
- التقييم .

الأدوات:

أقلام وأوراق بيضاء لاستخدام الأهل والأطفال .

اللوح القلاب.

نموذج (١) قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال.

الإجراءات وسير الجلسة:

١. يرحب المرشد بالمشاركين ويشكرهم على الحضور والالتزام حتى نهاية البرنامج العلاجي ويسألهم فيما إذا كان لديهم أي أسئلة واستفسارات تتعلق بالجلسات السابقة.

٢. يتحدث المرشد عن الهدف الأساسي من البرنامج العلاج المركز على الصدمة وهو تقليل أعراض اضطراب أعراض قلق ما بعد الصدمة الناتج عن الإساءة الجسدية، ومن ثم يلخص بالتعاون مع المشاركين أهم الأفكار التي تم تحقيقها خلال البرنامج التدريبي في الجلسات السابقة، ويبدأ ذلك بتوجيه السؤال للمشاركين حول أهم النقاط التي تم مناقشتها منذ بدء البرنامج وحتى آخر جلسة، ويدون إجاباتهم على اللوح القلاب ويضيف مكونات البرنامج العلاجي وأهم المهارات التي تضمنها البرنامج.

٣. يطلب المرشد من الأعضاء تقديم تغذية راجعة عن خبرتهم في المجموعة الإرشادية وعن البرنامج من حيث النواحي الإيجابية والسلبية ومدى الفائدة التي تحققت لهم من خلال تطبيق البرنامج العلاجي.

٤. يجيب المرشد على قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (الاختبار البعدي) بعد أن يقرأ الفقرات ويوضحها لهم وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال وأسرهم. ويذكرهم أنه سيتم تطبيق المقياس بعد ثلاث أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي لمعرفة مدى استمرارية أثره على الأطفال.

٥. وفي نهاية الجلسة يشكر المرشد المشاركين في البرنامج على التزامهم بالحضور وحسن تعاونهم ويتمنى لهم التوفيق ويذكرهم بأهمية استمرار التواصل فيما بينهم ويحثهم على الاحتفاظ بعناوينهم وهواتفهم .

ملحق (٧)

أسماء الأساتذة محكمي مقياس الدراسة

الرقم	الدكتور	الرتبة الأكاديمية	التخصص	الجامعة
١	الأستاذ الدكتور/ سليمان طعمه ريحاني	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	الجامعة الأردنية
٢	الأستاذ الدكتور/ محمد نزيه حمدي	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	جامعة عمان العربية
٣	الأستاذ الدكتور/ سهام درويش أبو عيطة	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	الجامعة الهاشمية
٤	الدكتور/ يحيى حياتي نصار	أستاذ مشارك	علم نفس تربوي	الجامعة الهاشمية
٥	الدكتورة/ سعاد منصور غيث	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الهاشمية
٦	الدكتور / حيدر إبراهيم ظاظا	أستاذ مشارك	علم نفس تربوي	الجامعة الأردنية
٧	الدكتور/ معتصم محمد عكور	أستاذ مساعد	علم نفس تربوي	الجامعة الهاشمية
٨	الدكتور/ إبراهيم باجس معالي	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي	جامعة العلوم الإسلامية
٩	الدكتورة/ سهيلة محمود بنات	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة عمان العربية
١٠	الدكتور/ أشرف فارس القضاة	أستاذ مساعد	علم النفس	الجامعة الأردنية

ملحق (٨)

أسماء الأساتذة محكمي برنامج الدراسة

الرقم	الدكتور	الرتبة الأكاديمية	التخصص	الجامعة
١	الأستاذ الدكتور/ سليمان طعمه ريحاني	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	الجامعة الأردنية
٢	الأستاذ الدكتور/ محمد نزيه حمدي	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	جامعة عمان العربية
٣	الأستاذ الدكتور/ سهام درويش أبو عيطة	أستاذ دكتور	الإرشاد النفسي	الجامعة الهاشمية
٤	الدكتورة/ سعاد منصور غيث	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الهاشمية
٥	الدكتور/ إبراهيم باجس معالي	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي	جامعة العلوم الإسلامية
٦	الدكتورة/ سهيلة محمود بنات	أستاذ مساعد	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة عمان العربية

Abstract

The Effectiveness of "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy" on decreasing Posttraumatic Stress symptomatology among of physically abused children

By

Ahmad Jamil Yousef Al Jawawdeh

Supervisor

Dr. Jalal Kayed Damra

Assistant Professor

The present study aimed at examining the effect of "Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)" in reducing the PTSD symptomatology for children who are physically abused by one of their family member. The study included (24) male children between the ages of (10-12) years, they were selected from the Jabal Tareq Housing Center in Zarqa city and Bright Syria's Future Center in the city of Amman. They were distributed purposely in two groups: experimental (12) and control group (12).

The Post-Traumatic Stress Symptoms In Children- PTSS-C was used to evaluate the PTSD levels for the members of the study. The PTSS-C consist of (30) items distributed on the four basic PTSD dimensions (Re-Experience the traumatic event, Avoidance, Hyper-Arousal and other psychological symptoms). The researcher applied the therapeutic program after arbitrate it and verification of it. The (TF-CBT) therapeutic program consisted from (13) sessions with (60-90) minutes, two sessions per week: (6) of them were group treatment for children and (7) were group treatment sessions consisted from all children and their parents.

The results of the study showed the effectiveness of the treatment program (TF-CBT) in reduce the levels of symptoms of post-traumatic stress in overall dimension and in all dimensions in the post- measurement and continuing of the effect during the period of follow-up.

The study concluded to provide a number of recommendations, the most important was to use the therapeutic program in the organizations and institutions concerned with the rehabilitation of children and their families as a result of children's exposure to trauma and stress situations and abuse in its various forms, to improve their ability to deal with these situations efficiently. Furthermore, work to take advantage of some or all of the components of therapy to deal with the problems of children and adolescents under stress due to everyday life to raise the level of awareness and competence to deal with them. Moreover, providing of further studies to identify the effect of (TF-CBT) with different categories of Jordanian society and to strive towards the development of other therapeutic programs for intervention and counseling to prevent or reduce the incidence of child abuse due to lack of the Jordan environment

for such specialized programs. Finally, conducting research to verify the impact of the (TF-CBT) with the presence of parents who caused the abuse of a child to check the effectiveness of it after the confirmation of their willingness and desire in the real treatment.

Keywords: Physically abused Children, Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy, Post-traumatic stress symptoms.